

## **Masteroppgave**

På hvilken måte søker helsepersonell å hjelpe mennesker med psykiske lidelser til å mestre sin psykiske helse uten medikamenter?

Av

Jorunn Honnemyr

Masteroppgaven er gjennomført som et ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som sådan. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet innestår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2010

Fakultet for helse- og idrettsfag

Institutt for psykososial helse



## **TAKK**

Som psykisk helsearbeider med stor interesse for faget og kompleksiteten i psykisk helsearbeid, ble det tidlig klart for meg at temaet i oppgaven skulle dreie seg om psykisk helse, mestring og medikamenter. Det er et tema som engasjerer meg i mitt arbeid og berører mange mennesker.

Arbeidsprosessen i disse to år har uten tvil vært utfordrende, lærerik og gøy. Den har vært spesielt berikende med tanke på alle personene jeg har møtt på min vei til målet.

Først og fremst vil jeg takke deltakerne i studien som har delt sine kunnskaper og erfaringer med meg. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt til.

En stor takk til min veileder og mentor Espen Marius Foss for engasjement, grundighet og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Det har vært en glede å samarbeide!

Takk til faglærere og medstudenter for støtte og faglige diskusjoner, og en spesiell takk til Kristin og Geir for god hjelp i sluttfasen.

Sist men ikke minst en stor takk til familie og venner for stor tålmodighet og deres tro på meg.

Vennesla, 4.mai 2010

Jorunn Honnemyr



## **SAMMENDRAG**

I denne studien har jeg satt søkelyset på helsepersonells kunnskap og erfaring i møte med mennesker i en behandlingsrelasjon. Problemstillingen har vært på hvilken måte søker helsepersonell å hjelpe mennesker med psykiske lidelser til å mestre sin psykiske helse uten medikamenter. Hensikten med studien er å bringe frem ulike faktorer i en behandlingsrelasjon som kan bidra til mestring av psykisk helse uten medikamenter.

Det kvalitative forskningsintervju er valgt for å samle inn data og det ble gjennomført fem intervjuer med helsepersonell som representerer forskjellige behandlingssteder i 2.linjetjenesten i det psykiske helsefeltet.

Studien baserer seg i hovedsak på tre teorier. Den første er teorien tilhører sosiologen Aron Antonovsky og fokuserer på ressurser og mestring i et helsefremmende perspektiv. Den andre teorien tilhører filosofen Michel Foucault og inneholder hans beskrivelse av kunnskap, makt og disiplinerings i samfunnet. Den tredje teorien tilhører psykologen Anne-Lise Løvlie Schibbye og omhandler en dialektisk relasjonsforståelse som fokuserer blant annet anerkjennelse og undringen i dialogen.

Mine funn som er innhentet viser blant annet at en forståelsesbasert tilnærming gir mennesker en opplevelse av å føle seg verdsatt, og øker dermed menneskers tro på seg selv. Funnet viser også at maktaspektet i det mellommenneskelige møtet kan brukes konstruktivt i dialogen, for at mennesker skal klare å mestre sin psykiske helse uten medikamenter. Maktaspektet i relasjonen og dialogen mellom helsepersonell og mennesker som søker hjelp, viser seg å være en viktig kilde til at mennesker kan mestre sin psykiske helse ved bli aktør i eget liv.

## **ABSTRACT**

In this study my goal has been to put the spotlight upon the knowledge and experience of health personnel with regards to the way in which they provide treatment to people in their care. The focus has been the way in which these health professionals seek to help their patients in coping with mental health problems without resorting to the use of drugs and to identify factors which can contribute beneficially.

In order to collect the necessary data, a series of five qualitative research interviews were conducted. These interviews were with healthcare professionals representing different treatment locations in secondary level care facilities in the mental health service.

This study is based mainly on three theories. The first is the theory belonging to the sociologist Aaron Antonovsky that focuses on resources and abilities to cope with problems in a health improving perspective. The second theory belongs to the philosopher Michel Foucault and his description of knowledge, power and discipline in society. The third theory belongs to the psychologist Anne-Lise Løvlie Schibbye and discusses a dialectic understanding of relationships that focuses upon appreciation and reflection in the dialogue.

My findings show that an understanding based approach gives people an experience of feeling valued, increasing people's faith in themselves. The findings also show that the power aspect of interpersonal encounters can be used constructively in the dialogue, so that people will be able to cope with their mental health issues without resorting to the use of drugs.

The conclusion is that the power aspect of the relationship and the dialogue between health professionals and people who seek help turns out to be an important aid that people can use to master their mental health by being an active participant in their own lives.

## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>7</b>
1.1 Problemstilling og avgrensning	7
1.2 Avklaring av sentrale begreper	9
1.3 Studiens oppbygging og struktur	9
1.4 Tidligere forskning	10
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK</b>	<b>13</b>
2.1 Aron Antonovsky- Salutogenese	13
2.2 Michel Foucault- Makt	15
2.3 Anne-Lise Løvlie Schibbye-Dialektisk relasjonsforståelse	17
<b>3.0 METODE</b>	<b>19</b>
3.1 Valg av forskningsdesign og metode	19
3.2 Utvalg	19
3.3 Innsamling av datamaterialet	20
3.4 Analyse av datamaterialet	21
3.5 Min rolle som forsker	22
3.6 Forskningsetiske overveielser	23
<b>4.0 PRESENTASJON AV RESULTATKAPITTEL 1: PERSPEKTIVER PÅ HELSEFREMMEDE FAKTORER</b>	<b>26</b>
Perspektiv på helsefremmende faktorer	27
Å lytte	27
Å forstå	31
Diagnose	36
Oppsummering av hovedfunn rundt å lytte, forstå og diagnosens betydning	40
Drøfting av funn	41

<b>5.0 RESULTATKAPITTEL 2: MESTRING SOM</b>	
<b>HELSEFREMMEDE FAKTOR</b>	<b>45</b>
Ansvar og kontroll	45
Trygghet	50
Oppsummering av hovedfunn rundt ansvar, kontroll og trygghetens betydning.	54
Drøfting av funn	55
<b>6.0 AKTØR I EGET LIV</b>	<b>57</b>
<b>7.0 OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER OG KONKLUSJON</b>	<b>63</b>
7.1 Metodekritikk og gyldighet	63
7.2 Resultatenes betydning for praksis	64
7.3 Oppsummering og konklusjon	64
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>66</b>
<b>VEDLEGG</b>	<b>70</b>
Vedlegg I    Forespørsel om deltagelse i prosjektet	70
Vedlegg II    Samtykkeerklæring	71
Vedlegg III    Intervjuguide	72



## **1.0 INNLEDNING**

Psykisk helsearbeid er et felt i stadig utvikling, og det har de senere år skjedd store endringer som er preget av en rekke ulike teoretiske perspektiver og tilnæringer, både når det gjelder forståelse og behandling. Det er få fagpersoner som i dag bekjenner seg til den ene eller den andre retningen uten å anerkjenne andre vesentlige bidrag til forståelsen (Wifstad, 1997). Den medisinske-biologiske forståelsesmåten blir likevel sett på som den mest innflytelsesrike tankegangen innen psykiatrien. Dette fører til at konsultasjonene først og fremst vil være opptatt av å finne riktig diagnose og medikasjon i forhold til psykiske lidelser ved hjelp av detaljerte spørsmål om pasientens symptomer (Wifstad, 1997). Dersom problemene finner sin forklaring i fortrenge traumer i barndommen, vil en psykodynamisk tilnærming kunne ha positiv effekt (Larsen, 2001). De senere år har nye perspektiver og teorier kommet sterkere fram utover den medisinske tradisjon og etablerte system. Blant annet er mestringsperspektivet og nyere psykologiske perspektiver viktige bidrag til det menneskelige mangfold.

Noen mennesker har god nytte av medikamenter og for mange kan det være helt livsnødvendig for å klare å overleve. Samtidig har vi sett at medikamenter også kan være til hinder i forhold til å mestre psykisk helse. I noen tilfeller vil en kombinasjon av ulike behandlingsmåter på ulike arenaer være det riktige. Psykiske helsearbeid er komplekst, og jeg velger å se på mestring av psykisk helse i en kontekstuell sammenheng hvor relasjonen og dialogen står sentralt. Jeg opplever det som viktig å få fram den praksisnære kunnskapen og stemmene til de som har erfaring med å bruke relasjonen og dialogen framfor medikamenter i behandling av psykisk helse.

### **1.2 Problemstilling og avgrensning**

Gjennom mitt arbeidsvirke som psykisk helsearbeider i 1. og 2. linjetjenesten i åtte år har jeg gjort meg tanker og erfaringer omkring temaet mitt. Jeg har undret meg over hvordan mennesker makter å mestre sin psykiske helse ved bruk av mye medikamenter. Min erfaring fra praksis er at det kan brukes mange ulike typer medikamenter i forhold til psykiske helse og at det kan brukes over mange år. Det har ført til at jeg ønsker å få fram mer av den kunnskap og erfaring som ligger til grunn for at flere mennesker, både fagpersoner og mennesker som opplever vanskeligheter i livet, velger å ikke bruke

medikamenter i forhold til mestring av psykiske helse. Hva slags kunnskaper og hvilke erfaringer vil kunne ligge bak et slikt valg og hvilke holdninger og verdier bygger deres tanker og handlinger på? Jeg ønsker å bringe fram kunnskap og erfaring som kan være med på å tilføre helsepersonell innsikt og som kan gi et bidrag til psykisk helsearbeid. I denne studien vil fokuset være på den praksisnære kunnskapen som inkluderer følelsesmessige aspekter, implisitt kunnskap og maktaspektet. Denne kunnskapen forutsetter relasjon, dialog og refleksjon. Spørsmålene over har ledet meg fram til følgende problemstilling.

**På hvilken måte søker helsepersonell å hjelpe mennesker med psykiske lidelser til å mestre sin psykiske helse uten medikamenter?**

Dette spørsmålet vil jeg belyse gjennom intervjuer med både behandlere og mennesker som selv har opplevd en psykisk lidelse, sykdom eller krise.

Jeg velger å avgrense problemstillingen til å se på mestringsperspektivet i lys av behandlingsrelasjonen og dialogen mellom terapeut og klient. Jeg ser det som er viktig å få fram maktaspektet knyttet til kunnskap og erfaring i psykisk helsearbeid. Jeg ønsker å ha fokus på maktaspekter i lys av Foucaults teori om mikro-makt. Her vil konteksten og relasjonen ha en sentral betydning, sammen med de elementer vi som helsepersonell bringer med oss inn i relasjonen (Wifstad, 1997). Et viktig kjennetegn ved det psykiske helsevesenet er at en har en særlig mulighet til å utøve makt og sosial kontroll gjennom bruk av tvang overfor mennesker (Norvoll, 2002). Selv om makt og tvangsbruk ofte ikke er ønskelig, vil det i visse situasjoner måtte utøves for å hindre verre skader enten for personen selv eller omgivelsene (Norvoll, 2002). I denne studien velger jeg imidlertid å avgrense oppgaven ved å fokusere på makt i relasjoner hvor dialogen er preget av frivillighet og mer likeverdighet. Jeg vil videre avgrense undersøkelsen min empirisk til fem personer innen psykisk helsefeltet. Tre av dem har altså fagkompetanse og to har i tillegg til fagkompetanse også erfaringskompetanse ved selv å ha gått i behandling.

Problemstillingen og overnevnte avgrensinger har ledet meg til følgende avledede forskningsspørsmål, som vil fungere som rettesnor og fokuspunkter i oppgaven.

- Hvordan kombineres den medisinske tenkningen og medikamenter med nyere perspektiver og tenkning, hvor konteksten, relasjonen og dialogen blir sett på som viktig og helbredende?
- Hva slags personlige egenskaper og fagkunnskaper opplever psykiske helsearbeidere som viktige i en behandlingsrelasjon?
- Hva legger deltagerne i begrepet mestring av psykisk helse, og hvilke ulike elementer påvirker denne mestringen?
- Makt kan sees som et sentralt element i alle relasjoner. Hva er deltagerens perspektiv på hva som er en hensiktsmessig måte å forholde seg til makt i en behandlingsrelasjon?

### **1.3. Avklaring av sentrale begreper**

Helsepersonell: Omhandler i denne oppgaven mennesker som er ansatt i 2. linjetjenesten på det psykiske helsefeltet.

Mestringsbegrepet: Er knyttet til å finne konstruktive måter å leve på, med menneskelig smerte og motgang. Mestring er en målrettet handling eller samhandling som styrker egenverd og motstandskraft. Begrepet mestring er imidlertid ikke uproblematisk og kan være et forførende ord hvis vi knytter det til vellykkethet.

Psykiske lidelse: Er knyttet til mennesker som opplever livet som så vanskelig at de velger å søke profesjonell hjelp. Psykisk lidelse kan ramme plutselig eller det kan ha utviklet seg over tid. Ulike psykiske lidelser kan dessuten komme til uttrykk på ulike måter.

### **1.4 Studiens oppbygging og struktur**

Neste del av innledningskapittelet omhandler tidligere forskning. Blant mangfoldet av forskning omkring temaet har jeg valgt ut noe som synes å være relevant for studiens problemstilling. Det består hovedsakelig av helsefremmende arbeid, bedringsprosesser og kommunikasjon.

I kapittel 2 presenteres studiens teoretiske rammeverk som ligger til grunn for tolkning av studiens resultatkapitler. Den første er teorien tilhører sosiologen Aron Antonovsky

og fokuserer ressurser og mestring i et helsefremmende perspektiv. Den andre teorien tilhører filosofen Michel Foucault og gjør rede for hans beskrivelse av kunnskap, makt og disiplinering i samfunnet. Den tredje teorien tilhører psykologen Anne-Lise Løvlie Schibbye og omhandler en dialektisk relasjonsforståelse som blant annet fokuserer på anerkjennelse og undring i dialogen.

Kapittel 3 presenterer studiens metode. Først beskrives valg av deltakere. Deretter synliggjøres innsamling av data og analyse og til slutt i kapitlet presenterer de etiske overveielsene.

Kapittel 4 og 5 presenterer resultatene i studien i form av to hovedtema med underpunkter. Kapittel 4 omhandler perspektiv på helsefremmende faktorer med underpunktene; å lytte, å forstå og diagnose. Kapittel 5 omhandler helsefremmede faktorer som mestring, med underpunktene ansvar, kontroll og trygghet.

Kapittel 6 diskuterer studiens hovedfunn fra foregående kapitler under ”aktør i eget liv”. Temaet drøftes frikoplet fra empirien opp mot en teoretisk diskusjon.

### **1.5 Tidligere forskning**

Forskningen som presenteres i dette kapitlet omhandler helsefremmende arbeid, kommunikasjon og relasjon innen psykisk helsefeltet. Videre viser forskningen betydningen av god relasjon mellom hjelper og hjelpetrengende, og hvordan kommunikasjon, rolleansvar og utvikling av menneskers personlige kunnskap er avgjørende for godt helsearbeid. Denne typen forskning er relevant for min studie da jeg ønsker å søke kunnskap og erfaring i forhold helsefremmende arbeid der medikamenter har en sekundærrolle. Det er betydelig forskning omkring temaet i studien og forskningen viser at psykisk helse, mestring og medikamenter er et komplekst og omfattende tema. Jeg har blant mangfoldet av tilgjengelig litteratur valgt ut noe jeg ser som hensiktsmessig for min studie.

Anerkjennelse eksisterer ofte som et ideal for praksis. Likevel viser det seg å være svakt utviklet i de profesjonelles møte med pasienter med alvorlig psykisk lidelse (Vatne, 2008). Dersom anerkjennelse skal integreres i en relasjon mellom helsepersonell og klient er det viktig og reflektere hvordan helsepersonellet konkret kommuniserer og

handler for at klienten skal oppleve seg anerkjent. Vatne (2008) og Buuns (2005) viser til at refleksjon over egen praksis i tilknytning til teori om anerkjennende kommunikasjon bidrar til endring i helsepersonells samhandling med klienter.

Omgivelsenes virkning på menneskers motivasjon for læring og selvaktelse gjennom et anerkjennende læringsmiljø er betydningsfullt (Borge, 2008). I følge Borge og Hummelvoll (2007) viser det seg at behovet for avklaring av rolleansvar, samt utvikling av personlig kunnskap hos mennesker å være vesentlig.

I følge Langeland (2007) vil bruk av salutogene-prinsipper og fokus på mestring i behandling og i terapeutiske samtalegrupper kunne bidra til at mennesker vil få større tro på egne ressurser. Videre peker Langeland (2007) på at selv om man har alvorlig psykiske helseproblemer vil mennesker være i stand til å mobilisere motstandsressurser.

Topor (2003) hevder at mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse får det bedre og viser fremgang til tross for at de ofte betraktes som kronisk syke. Videre peker Topor (2003) på en persons anstrengelser ofte er avhengig av støtte fra nære personer i omgivelsene og personer som kan sørge for å gi materiellstøtte, tillit, håp og aksept.

Positive vendepunkter i livet viser seg når mennesker går fra dårlig helse til bedre helse. I følge Topor, Svensson, Bjerke, Borg, Kufås, (2002) er veien til bedring forskjellig for ulike mennesker og viser til at ulike faktorer seg som for eksempel Gud, medisiner, psykoterapeuter, hat, gode mennesker og innleggelse kan ha betydning. Undersøkelsen viser at det viktigste er "sitt eget jeg" og målet ble dermed å finne tilbake til seg selv (Topor et al. 2002). Topor et al. (2002) peker på temaer som et "aktivt jeg", mening, andre personers betydning og strukturelle faktorer som viktig og at bedringsprosessen er en individuell prosess og avhenger av den enkeltes individs historie og tilfældighetenes betydning (Topor et al. 2002).

I følge Borg (2007) må bedringsprosesser forstås og møtes som en integrert del av menneskers hverdagsliv. Borg utførte en studie som understreker at mennesker først og fremst har behov for å bli møtt som en aktør i eget liv. Studien viser videre at behovet for å bli sett som en person i en hverdagssammenheng og at omgivelsene viser oppmerksomhet er stor. Noen omgivelser beskrives som støttende for bedring, mens

andre oppleves som hemmende av den enkelte. De vanlige samfunnsarenaene ble fremhevet som særlig egnet til bedring da det gav de beste vilkårene for å prøve seg ut og ta utfordringer (Borg, 2007).

I følge Skjøtskift, Bjelland, Bolstad, Drønen, Larsen (1994) er helsepersonell som arbeider med mennesker i psykisk helsefeltet deltakere og dermed medansvarlig i ”den diagnostiske prosessen”, i betydning av at de observerer og kommuniserer med den som søker hjelp. Rapport som er skrevet peker på avmaktsfølelse og skyldfølelse i behandlingsrelasjonen og tar også for seg ulike elementer som retter seg mot å aktivisere pasientens selvhelbredende krefter. Videre beskriver forfatterne hvordan medikamenter påvirker den psykiske helsen og evne til menneskets egne ressurser og mestring (Skjøtskift et al. 1994).

## **2.0 TEORETISK RAMMEVERK**

Den vitenskapelige tolkningen av data i min studie er basert på en teoretisk referanseramme bestående av Aron Antonovskys teori om salutogenese, Michel Foucaults teori om makt og kunnskap og Anne-Lise Løvlie Schibbyes teori om dialektisk relasjonsforståelse. Jeg støtter meg til Langeland (2006) som hevder at en god praksis er avhengig av en grundig teoretisk forståelse, fordi en skjønnsom anvendelse av teoretisk referanseramme kan kaste lys over områder som ellers ikke kunne blitt synliggjort. Gjennom en slik anvendelse vil den teoriinformerte praktikerens kunne bidra til kreativ nyskaping ved å begrepsfeste virkeligheten på en ny måte.

### **2.1. Aron Antonovsky - salutogenese**

Jeg ser Antonovskys teori om salutogenese som relevant for min studie fordi det setter et fokus på faktorer som fører til tilfriskning, i motsetning til det medisinske paradigmes fokus på sykdom og diagnose. Dessuten bidrar teorien til å løse opp de fastlåste dikotomiene syk:frisk og dermed også understøtter et endringsarbeid for psykisk ”syke”. Arnhild Lauveng (2005) gir eksempler på hvordan en biomedisinsk forståelse av schizofreni kan føre til en slik identitetsutfordring og hvordan diagnoser kan bli til hinder for tilfriskningen. Ord som helse og sunnhet ser jeg som fruktbart å bringe inn i det ”terapeutiske språket” og det vil kunne bidra med å løfte fram ressurser og muligheter, slik Sommerchild (1998) understreker. Teorien slik jeg ser det kan gi inspirasjon til å tenke nytt og annerledes omkring fastlåste mønstre og utfordringer. Topor (2003) viser i sin forskning at bedringsprosesser også handler om å bli møtt av helsepersonell under andre betingelser enn den tradisjonelle måten. I en salutogen-tilnærming vil behandleren ikke bare tenke og behandle symptomer og se på problemer, men vil også fokusere på menneskers egen mestringsevne. Stress blir dermed sett på som positivt fortegn, som potensielt helsefremmende og en naturlig del av livet og viser til at mennesker har egne krefter (motstandskraft) til å takle motgang og til å ville leve (Langeland, 2006).

Aron Antonovsky (1923 - 1994) var en israelsk professor i medisinsk sosiologi og utviklet salutogenese-perspektivet i 1978. Begrepet salutogenese er satt sammen av sunnhet (saluto) og opprinnelse (genese). Antonovsky studerte sunnhet istedenfor

sykdom og forsket på hvilke faktorer som gjorde at noen mennesker opplevde god helse tross store påkjenninger i livet (Antonovsky, 2000).

Teorien om salutogenese definerer helse som et kontinuum (grad av helse), og Antonovsky (2000) hevder at alle mennesker har ulike grader av helse og at dette er en mer presis beskrivelse av virkeligheten enn den tradisjonelle syk/frisk modellen. Behandling vil dermed søke etter tilførsel av ressurser som skaper en høyere grad av helse (Langeland, 2006).

Salutogenesebegrepet setter fokus på personens historie framfor på diagnose, og vektlegger mestringssevnen i historien. Et mestringsperspektiv vil i følge Antonovsky i større grad enn et sykdomsperspektiv kunne hjelpe helsepersonell til å oppdage nye muligheter og ubrukte sider hos den hjelpesøkende. Ved å gi oppmerksomhet til menneskers opplevelse av livssituasjon kan ressursene som bidrar til bedring, oppdages og erfares (Langeland, 2006) Personen er definert som et åpent system i aktivt samspill med omgivelsene (både indre og ytre forhold). Teorien understreker bruken av potensielle og/eller eksisterende motstandsressurser og fokuserer dermed ikke på å minimalisere risikofaktorer (Antonovsky, 2000).

Antonovskys begrep, opplevelse av sammenheng (OAS), er sentralt i salutogeneseperspektivet, og er inndelt i tre hovedkomponenter; forståelighet, håndterbarhet og meningsfylde. En høy grad av OAS bidrar til stor grad av helse og velvære, og gjenkjennes ved at personen forstår utfordringene og vanskelighetene som skjer (forståelighet). En person med høy OAS har også tro på at han eller hun har de nødvendige ressurser tilgjengelig til å kunne finne en løsning (håndterbarhet), og opplever utfordringene som verd å engasjere seg i (som meningsfylte). Mening blir av Antonovsky identifisert som den viktigste siden den omfatter er følelses- og motivasjonsaspektet. De avgjørende områdene mennesket må investere i om en ikke skal tape mening og ressurser over tid er indre følelser, sosiale relasjoner, hovedaktiviteter og eksistensielle spørsmål. Identifisering av ulike individuelle og kollektive mestringsressurser vil kunne fremme effektiv mestring av spenning i krevende situasjoner. Jo høyere grad av motstandsressurser en person og omgivelsene opplever å ha potensielt tilgjengelig og kan anvende jo bedre opplevelse av sammenheng og høyere grad av helse vil personen oppleve (Langeland, 2006).



Teorien sier at helse er mye mer enn fravær av risikofaktorer, og at et helsefremmende fokus er å øke tilførsel av ressurser som er i kontrast til å avdekke årsaker til problemer. Ved å stille spørsmål og gi kommentarer og oppmerksomhet til det som fungerer vil en i følge Langeland (2006) stimulere til bevisstgjøring av ressurser. Spenninger og belastninger blir sett på som en normal følelse og er derfor potensielt helsefremmende. På den måten vil en kunne unngå at følelse av uro og spenninger blir sykeliggjort ved at de knyttes til diagnosen. I følge Antonovsky vil det å mestre utfordringer gi motivasjon til å være aktiv medspiller i egen utvikling og slik sett en forutsetning for å kunne oppnå en følelse av å lykkes (Langeland, 2006). Ekte og empatisk holdning, sammen med ubetinget positiv akseptasjon, vil gi en atmosfære som fremmer samtalen og betydning av å fokusere på hele personen vil åpne opp for nye muligheter (Langeland, 2006).

Opplevelse av sammenheng blir i salutogenese-teorien regnet som en viktig faktor for at mennesker skal mestre sin psykiske helse og bevege seg oppover på kontinuumet. Jeg støtter Sommerchilds (1998) tanker om at det salutogene perspektivet er mer givende enn hans forsøk på å måle opplevelse av sammenheng. I følge Monsen (2002) vil opplevelse av sammenheng dreie seg om en subjektiv sammenheng og en subjektiv mening. Hun sier videre ved å bruke skjema, data og forkortelsen OAS gjør Antonovsky en dreining fra subjektivitet over til det objektive. I lys av en slik forståelse synes det fruktbart å se på salutogenese som en inspirasjon og fornyelse med tanke på å bringe inn nye elementer i psykisk helsefeltet som mening, ressurser, mestring og nytt syn på stress.

## **2.2 Michel Foucault - makt**

Makt og sosial kontroll vil være tilstede i alle samfunn og sosiale relasjoner (Norvoll, 2002) Helsepersonell som yrkesutøvelse vil si å inngå i relasjoner og dermed også inn i et maktforhold, og et viktig kjennetegn ved det psykiske helsevesenet er at en har mulighet for å utøve tvang (Norvoll, 2002). Gjennom ulike praksisformer i psykisk helsefeltet vil vurderinger og observasjoner naturlig være preget av den rolle kontekstuelle betingethet har. Kunnskap og makt er sentrale elementer og en fare vil kunne være slik Bøe og Thommasen (2007) hevder at en kan innta en holdning som vil kunne gi mulighet for å krenke, tingliggjøre, ekskludere, umyndiggjøre og degradere den vi skal hjelpe.

Michel Foucault (1926 – 1984) var en fransk filosof og idehistoriker og han regnes som en av 1900 – tallets viktigste tenkere og er grunnlegger av diskursanalysen, hvor hans syn på makt og forholdet mellom makt og kunnskap har hatt stor innflytelse på tvers av faglige disipliner.

Når Foucault snakker om makt omhandler det hvordan mennesket blir formet av samfunnets ulike systemer som skole-, militær-, fengsels-, og sykehusvesenet og om hvordan mennesket former seg selv. I samfunnsdisiplineringen vil makten som utspiller seg ikke besittes av noen som en slags ”ting”, men er snarere noe som utøves i sosiale relasjoner. Maktutøvelsen oppbæres av sine egne mekanismer og det er i detaljene, i det vi ikke legger merke til, at maktens hemmelighet ligger skjult (Wifstad, 1997). På en slik måte vil makten være tilstede i alle sosiale og mellommenneskelige relasjoner og den vil inngå som prosesser over tid og kunne påvirke det som skjer mellom partene. Mennesket som subjekt er dermed underlagt krefter som er bestemmende for personens ”plass” i verden. I kreftene vil det ligge forventning på hvordan mennesket skal oppføre seg og de internaliseres i mennesket. Slik vil ytre orden gjøre at mennesket former seg selv, og på den måten får mennesket et følelsesliv og en indre kontroll (Larsen, 2009).

Med begrepet makt–kunnskap viser Foucault at kunnskap aldri er en verdinøytral beskrivelse av virkeligheten, men en strategi som konstituerer og støtter opp under maktrelasjoner. Foucault hevder at kunnskap ikke er identisk med makt, men at kunnskap slik den anvendes i vitenskap og teknologi, institusjoner, organisasjonsformer og lovbestemmelser, alltid inneholder maktstrategier.

Måten vi forstår mennesket på som et kunnskapsobjekt har avgjørende innflytelse på hvordan samfunnet utøver makt overfor andre mennesker. I disiplinens og hjelperens navn kan en stille seg over den andre og forsøke å tvinge personen til å forandre seg – til å bli normal. Da vil den andre ubevisst eller bevisst presses inn i noe. Ved å stille seg ved siden av den andre med sin kunnskap kan kunnskapen bidra til en disiplinering som gir den andre frihet. I følge Foucault blir da spørsmålet hvordan relasjoner blir fruktbare når tette mellommenneskelige bånd er så infiltrert av statsapparatet med sine forskrifter og lover hvor det oppfordres til å drive lønnsomt og effektivt (Larsen, 2009).

Foucault er kritisk til den omseggripende vitenskapliggjøringen av tilstedeværelsen, og til det positivistiske kunnskapssyns instrumentelle fornuft, hvor idealet er en desinteressert og nøytral betraktning av objektet. I følge Foucault er det ekspertenes språk som har makt til å definere hvordan virkeligheten innen et gitt område skal forstås. Et eksempel på dette kan være det diagnostiske språket som brukes i psykiatrien. Foucault peker på at fagkunnskapen selv kan være det største hinder for å komme den Andre i møte. (Wifstad, 1998).

Norvoll (2002) peker på at en faren ved sosiale konstruktivismen og Foucault vil være at en legger for stor vekt på kunnskapskonstruksjoner. I følge Norvoll vil det kunne underslå viktigheten av materielle, økonomiske og strukturelle faktorer (Norvoll, 2002).

### **2.3 Anne Lise Løvlie Schibbye - dialektisk relasjonsforståelse.**

Et mål med relasjonen og dialogen i psykisk helsearbeid er å fremme menneskers vekst og velvære (Krogstad, 1998) Helsepersonell inngår ofte i nære relasjoner og samarbeid med mennesker som søker hjelp, og på den måten vil menneskesyn, teorier og etikk komme til uttrykk i praksis. Jeg ser Schibbyes syn om selvrefleksjon, gjensidig anerkjennelse, samt endringen som handler om forholdet mellom klient og terapeut, som et relevant bidrag inn i psykisk helsearbeid. Selvrefleksjon gir helsepersonell mulighet til å se på sitt eget relasjonelle bidrag inn i en behandlingsrelasjon (Schibbye, 1998). Videre finner jeg hennes syn på psykiske problemer som interessant. Hun peker at psykiske problemer finner gjenklang i et grunnleggende fellesskapet og at det unike og levende mennesket vanskelig lar seg kategorisere i diagnostisketermer (Schibbye, 2004).

Anne-Lise Løvlie Schibbye er psykolog og forsker og har arbeidet ved Universitetet i Oslos psykologiske institutt i 30 år. Der har hun arbeidet med forskning, undervisning og klinisk praksis. Hun har skrevet en rekke artikler og bøker, både fagbøker og populærvitenskapelige bøker, og har gjennom sitt virke gitt viktige bidrag til tenkningen, både innenfor og utenfor egne faggrenser (Schibbye, 2004).

Schibbyes (2004) dialektiske relasjonsforståelse knytter fag og liv sammen. Et av hennes viktigste budskap er at mennesket ved å stå i et interpersonlig forholds motsetninger og våger åpenheten kan finne vitalitet og glede. Schibbye (2004) ønsker å

utdype og problematisere vår forståelse av de prosessene som ligger bak bevegelse og utvikling i samspill.

Schibbyes relasjonsforståelse integrerer perspektiver fra filosofi og forskningsbasert kunnskap om selvutvikling og feilutvikling. Hun er blant annet opptatt av spedbarnets første relasjoner, parforhold og familiesamspill. Behandling og terapi bygger hun på relasjonsforståelsen og hun er opptatt av ulike begreper som anerkjennelse, undring og det terapeutiske språket som kan bidra til å fremme endring i terapi (Schibbye, 2004).

I en dialektisk relasjonsforståelse står anerkjennelse som et sentralt begrep. Anerkjennelse inneholder elementer som å lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse. Gjennom en anerkjennende holdning vil klienter få hjelp i en interpersonlig relasjon ved at hjelperen er lyttende, innlevende, aksepterende og bekreftende (Schibbye 1998). Hun understreker at en anerkjennende holdning må være integrert i hjelperen som person og hevder videre at den største utfordringen vi har i rollen som hjelper er å overskue og ta hensyn til vårt "relasjonelle bidrag" både til prosesser som fører til smerte, stagnasjon og fortvilelse, men også til positiv vekst for klienter. Hennes hovedhypotese er at for å se, forstå og dypest sett hjelpe den andre må vi ha oversikt over oss selv ved at vi er reflekterte (Schibbye, 1998).

Schibbye (1998) understreker viktigheten av å ta oss tid og stole på den helbredende prosessen som ikke retter seg mot et bestemt mål. Likevel ser hun en slik helbredende prosess som utfordrende i den kliniske hverdagen, da tid er en mangelvare, effektivitet ofte er målet og "resultatet" er viktig (Schibbye, 1998)

### **3.0 METODE**

#### **3.1. Valg av forskningsdesign og metode.**

På bakgrunn av studiens problemstilling og forskningsspørsmål er målet å frembringe kunnskap og erfaring fra det psykisk helsefeltet for å bidra til å øke helsefremmende arbeid. Studien er forankret innenfor en hermeneutisk og fenomenologisk vitenskapstradisjon. Hermeneutikk er fortolkningslære og har sitt fokus på å forstå og fortolke. Helhet og del henger sammen på en slik måte at det enkelte bare kan forstås i lys av helheten. Allerede i første møte med det som skal tolkes har vi en forestilling om hva det betyr. Vi har en førforståelse. Utgangspunktet for hermeneutikken er at vi alltid har en førforståelse og gjennom en hermeneutisk prosess utvikles og forandres vår førforståelse (Kristoffersen, 2009). Fenomenologien har sitt utspring fra en hermeneutisk tradisjon og en søker da den enkeltes egenart og særpreg. Fenomenologisk forskning er beskrivende, og den vil trenge inn og beskrive den enkeltes betydning. Et fenomenologisk syn innebærer at en ikke kan se mennesket isolert eller atskilt fra sine omgivelser. Hva som er sant og virkelig, konstrueres i den enkelte person i samhandling med andre (Kvale og Brinkmann, 2009).

Jeg har valgt kvalitativ metode for å kunne formidle opplevelse og erfaringer fra personer som opplever fenomenet som blir studert. Ved en kvalitativ tilnærming har jeg foretatt en empirisk undersøkelse, et kvalitativt forskningsintervju, ved å innhente beskrivelser fra ulike personers livsverden som muliggjør tolkning av meninger i de fenomener som beskrives (Kvale, Brinkmann, 2009). Gjennom samtalen og dialogen skapes en kontekst og en felles verden hvor målet er å forstå den andres livsverden. Intervju som metode gir meg mulighet til å gå i dybden og stille spørsmål for å få fram erfaring og kunnskap angående temaet mitt. Jeg ønsker å avdekke og få fram det spesielle og unike hos den enkelte deltaker, deres subjektive og individuelle erfaringer, og søker derfor ikke å kartlegge en ”objektiv sannhet”.

#### **3.2 Utvalg**

Studien baserer på seg på et strategisk utvalg der deltakerne er valgt på bakgrunn av deres interesse, kunnskaper og erfaring omkring temaet i oppgaven. I forskerrollen har jeg hatt et søkende blikk mot mulige kandidater og har aktivt søkt ulike arenaer hvor mitt tema har vært aktuelt. For å belyse problemstillingen min fra to sider har jeg valgt

tre deltakerne som er i en behandlerrolle og to deltakerne har erfaringskompetanse, det vil si tidligere brukere av psykisk helsetjeneste. Alle deltakerne har imidlertid i dag sitt arbeidsvirke innenfor det psykiske helsefeltet og arbeider med relasjonen og dialogen som utgangspunkt. Deltakerne i behandlerrollen ble valgt fordi de tilstreber å gi behandling også uten medikamenter. Deltakerne med erfaringskompetanse valgte jeg fordi de i dag ikke bruker medikamenter. Alle deltakerne i studien gir uttrykk for at medikamenter kan være hensiktsmessig i noen situasjoner.

Jeg tok direkte kontaktet med de ulike deltakerne. Det har utelukkende vært positiv respons fra deltakerne og et ønske om å samtale om temaet. En deltaker tilbød seg selv å være informant etter vi hadde samtalen om temaet mitt på bakgrunn av en forelesning han hadde hatt.

### **3.3 Innsamling av datamaterialet**

Utgangspunktet for intervjuene var muntlig og skriftlig informasjon om temaet og mine forskningsspørsmål. Mine intervju spørsmål ble utarbeidet på bakgrunn av min problemstilling og avledede forskningsspørsmål og er av den grunn knyttet opp til mine egne interesser, erfaringer og kunnskaper om temaet, noe det redegjøres for under min rolle som forsker. Jeg laget to intervjuguider, en i forhold til deltakerne der fokus var behandlerrollen og en annen i forhold til deltakerne der fokuset var bedringsprosessen. Jeg valgte å lage to intervjuguider fordi jeg stilte noen ulike spørsmål i forhold til de ulike rollene de hadde i studien. Intervjuene ble utført på ulike arenaer etter deltakerens ønske. Deltakerne fikk velge hvor det var mest hensiktsmessig for dem å intervjues. Tidspunkt for intervjuene ble fastsatt i god tid på forhånd, og hver deltaker hadde satt av rikelig tid. Intervjuene varte fra ca en time til en og en halv time. Tre av deltakerne ønsket å få tilsendt intervjuguiden på forhånd, men bare en hadde med seg forberedte notater. De andre deltakerne hadde ikke gjort seg notater på forhånd. Fire av intervjuene var preget av god tid, ro og ingen avbrytelser. Ett intervju var noe preget av tidspress og avbrytelser, men jeg opplevde likevel at det gav meg gode data. Båndopptaker ble brukt, noe deltakerne ble informert om på forhånd. Siden jeg hadde båndopptaker valgte jeg å ikke notere for å frigjøre konsentrasjonen og oppmerksomhet til å lytte og forsøke å forstå det som ble sagt. Båndopptakeren så ikke ut til å hemme deltakerne utenom en av dem som til å begynne med sa at hun ble nervøs og litt distraheret, men det så ut til at hun slappet mer av etter hvert. Ved begynnelsen av hvert intervju snakket vi først litt

løst og fast før jeg gikk inn på temaet og forskningsspørsmålene. Ved alle intervjuene brukte jeg intervjuguiden nokså konsekvent fordi jeg opplevde meg såpass uerfaren som intervjuer og at mitt tema er såpass stort og omfattende at jeg trengte et visst fokus for samtalene. Samtalene ble dermed mer styrt enn om intervjusituasjonene hadde vært mindre strukturert. Jeg gav rom for gode pauser og lyttet slik at deltakerne kunne snakke seg ferdig rundt hvert spørsmål før jeg stilte neste spørsmål. Deltakerne samtale ivrig og engasjert, noe som gjorde at jeg følte lite behov for mange oppfølgingsspørsmål. Jeg stilte likevel oppklarende spørsmål der jeg ikke forstod og forsøkte å tydeliggjøre svarene ved å få deltakeren til å bekrefte eller avkrefte min forståelse av det som ble sagt. Det er en kunst å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål, noe jeg opplevde som utfordrende. Jeg ble tryggere i rollen etterhvert og dermed mer aktiv og tydelig for hvert intervju. Det førte til at jeg stilte flere oppfølgingsspørsmål og fikk mer detaljerte data utover i intervjuprosessen. Mellom hvert intervju transkriberte jeg og lyttet til meg selv på lydbåndet for å forbedre mine intervjuferdigheter og for å bedre kunne komme med oppfølgingsspørsmål. Under intervjuene forsøkte jeg å ha en empatisk tilnærming gjennom væremåte og dialog ved å stille åpne spørsmål, lytte og bekrefte det som ble sagt. Jeg opplevde deltakerne som positive, åpne, og varme noe som gjorde intervjusituasjonen god og behagelig for meg som forsker. Intervjuene har også vært den mest engasjerende fasen i undersøkelsen. Intervjuene var spennende og berikende, da den personlige kontakten og informasjonen jeg fikk ga meg ny erfaring og ny innsikt.

### **3.4. Analyse av datamaterialet**

Intervjuene ble transkribert ordrett underveis slik at de ble mer egnet for analyse. Jeg lyttet til lydopptakeren to til tre ganger og la merke til dynamikken i samtalene samt tonefall, pauser og liknende. Dette gav meg store mengder informasjon og data. En av deltakerne ønsket å få tilsendt transkripsjonen for gjennomsyn. Han gav uttrykk for at han opplevde det uvant å få muntlig tale skrevet ned. Jeg informerte om at alle sitater blir skrevet i bokmålsform i teksten. Etter gjennomgang av transkripsjonene laget jeg et sammendrag av hvert intervju. Jeg laget to hovedtema på bakgrunn forskningsspørsmålene og sammendrag og fem underpunkter på bakgrunn av funn i empirien. Det ble foretatt en meningsfortetning i forhold til de ulike underpunktene og ved bruk av markørtusj ble deltakernes utsagn og meninger registrert. På den måten ble datamaterialet forenklet, tydeliggjorde og bearbeidet for å få fram essensen i det

deltakerne har uttalt. Dette ga videre grunnlag for å beskrive, tolke og diskutere materialet i lys av teoretisk referanseramme og selvforståelse (Kvale, Brinkmann, 2009). Jeg vil i det videre søke å presentere dataen på en slik måte at det uttrykker dybde og kompleksitet i menneskelig erfaring.

### **3.5 Min rolle som forsker**

Forskningsintervjuet bygger på dagliglivets samtaler, men er en profesjonell samtale. Det konstrueres kunnskap i et samspill mellom intervjueren og den intervjuede og det er utveksling av synspunkter mellom to personer i samtale om et tema som begge er opptatt av (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg ønsker å forstå og beskrive fenomenet, og her vil det ligge stor kompleksitet. Forskers integritet – hans eller hennes kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet vil være helt sentral.

Det vil i kvalitativ forskning alltid være en balanse mellom nærhet og distanse. Nærhet preges av mitt engasjement og innlevelsessevner til å oppleve den aktuelle levde erfaring og se delene slik de fremstår umiddelbart. Nærhet preges av beskrivelser. Distansen i kvalitativ forskning preges av refleksjon, søken etter mening, perspektiver, teorier, syntese og helhet. Distansen preges av tolkning (Larsson, 2005, Kristoffersen, 2009)

Jeg er utdannet sykepleier med videreutdanning i psykisk helse og har min kliniske praksis fra det psykisk helsefeltet både innenfor kommunehelsetjenesten og innenfor spesialisthelsetjenesten. Som forsker har jeg relativ liten erfaring med kvalitative intervju. Jeg har to ganger tidligere gjennomført forskningsintervju, ved min sykepleieutdanning og ved min videreutdanning i psykisk helsearbeid. Temaet engasjerer meg sterkt, da den kliniske erfaringen jeg har er praksisnær. Gjennom hele forskningsprosessen har jeg tilstrebet å vende blikket utover og søkt informasjon omkring temaet ved ulike arenaer. Veileder, kolleger og medstudenter har aktivt bistått med konstruktive innspill i forhold til temaet og stilt spørsmål som har speilet min førforståelse og tanker. Det har gitt meg mer distanse og mulighet til å se i et større perspektiv. Det har gjort meg ydmyk for de ulike kunnskaps syn og erfaringer og jeg ser at temaet mitt er stort og komplekst.

Det stilles krav til kritisk selvinnsikt i bearbeiding av egne opplevelse omkring temaet. Jeg har personlig sett lite erfaring med bruk av medikamenter og har tidligere erfaring



med samtalerapi. Medikamentbruk og terapisaamtalen møter jeg i dag hovedsakelig gjennom mitt daglige arbeid. Mitt daglige arbeid består av ulike relasjoner med hjelpesøkende innenfor psykisk helse, hvor samtalen og dialogen er hovedfokus.

Informasjonen som jeg har søkt, vil være påvirket av meg som person og psykisk helsearbeider, altså min førforståelse. Jeg er bevisst at min fagkunnskap og erfaring har farget formuleringen av spørsmålene og at jeg har forsket i en kultur jeg er godt kjent. Jeg opplevde ofte å ha en felles forståelse med deltakerne om samtaletema. Det kan gi et godt grunnlag for forståelse av fenomenene som studeres, samtidig som jeg kan overse det som er forskjellig og blir mindre åpen for nyanser (Thagaard, 2009). Gjennom prosjektbeskrivelsen og arbeidsprosessen har jeg arbeidet med min førforståelse for så å kunne sette den i parentes. Ved å beskrive min personlige kunnskap, min kliniske kunnskap, teoretisk rammeverk og metode har jeg eksplisitt gjort rede for min førforståelse så godt det lar seg gjøre. Det vil være med på å bevisstgjøre mine ”briller”, og utgangspunktet for tolkningen blir tydelig. Underveis i et prosjekt settes min førforståelse på spill og jeg åpner opp for ny kunnskap, forandring og forkasting. Ut i fra dette er førforståelsen min foreløpig og modifiserbar.

Underveis i prosjektbeskrivelsen har jeg tilegnet meg teori om det kvalitative forskningsintervju som håndverk og forsøkt å bevisstgjøre de ulike sider og elementer som fører til at jeg når forskningsmålet mitt. (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg støtter meg til Fagermoens (2005) uttalelser om at kvalitative studier ikke er rettet mot å finne sannheten med stor S men å avdekke noe om levd virkelighet. Hva som er sant og virkelig konstrueres i den enkelte person i samhandling med andre (Fagermoen, 2005).

### **3.6 Forskningsetiske overveielser**

Etiske utfordringer vil være tilstede i alle ledd i en undersøkelse, fra planlegging til formidling av resultat jeg har funnet. Dalland (2007) vektlegger det etiske i så stor grad at han mener at dersom en ikke kan ivareta de etiske aspektene ved undersøkelsen, så skal en ikke gjennomføre den. Forskningsintervju er ikke en konversasjon mellom likeverdige deltakere, ettersom det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen. Forskningsintervjuet er gjennomsyret av etiske problemer. Det kreves en fin balanse mellom intervjuerens ønske om å innhente interessant kunnskap og hans respekt for intervjupersonens integritet etisk sett (Kvale og Brinkmann, 2009).

Jeg velger å bruke tre av Kvale og Brinkmanns områder innenfor intervjuforskning, områder som normalt dekkes av etiske retningslinjer; Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser.

Innhenting av informert samtykke må gjøres på en forsvarlig måte. Deltakerne fikk først skriftlig informasjon om prosjektets mål og hensikt. Brevet inneholder en beskrivelse av hvem jeg var, i hvilken forbindelse intervjuene skal anvendes og hva jeg ønsket å intervju om. Sammen med informasjonsbrevet leverte jeg også med skjema om informert samtykke og intervju spørsmål for dem som ønsket det. Skjema med informert samtykke synliggjør at informantene står fritt til å velge om de ønsker å delta i undersøkelsen. Informantene blir også informert om at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble gjennomgått og underskrevet. Som forsker har jeg ved valg av deltakere et ansvar for å vurdere om jeg beveger meg over grensen for hva som er forskningsetisk forsvarlig. Ingen av deltakerne med erfaringskompetanse har i dag diagnose eller pasientstatus. Mine vurderinger er diskutert med veileder for å sikre ekstra god etisk standard. På bakgrunn av dette og i henhold til Regional Etisk Komite (REK) retningslinjer er det ikke søk om godkjenning til å intervju noen av deltakerne i studien. Det oppbevares ingen navnregister og av den grunn er det ikke søkt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det grunnleggende at anonymitet og diskresjon ivaretas. Underveis i arbeidsprosessen har jeg oppbevart dataene på en slik måte at de ikke skal være tilgjengelig for andre enn meg, og data vil bli slettet når oppgaven er ferdig. Sikring av personvern er viktig, og alle de innhentede data er blitt anonymisert. Ved bruk av lydbånd valgte jeg å slå på lydbåndet først etter at navn og presentasjon av deltakerne var foretatt. Det ble informert om taushetsplikt fra min side. Deltakerne er i oppgaven presentert med fiktive navn, og data er anonymisert slik at personene ikke skal kunne kjennes igjen.

Det er viktig og tenke over mulige konsekvenser det kan ha for deltakerne å være med i undersøkelsen. Det er mitt etiske ansvar å beskytte integriteten til deltakerne ved å søke å unngå at forskningen medfører negative konsekvenser for dem som deltar (Thagaard,

2009). Prinsippet om informert samtykke og konfidensialitet vil sikre deltakeren viss kontroll over egen deltakelse og stille krav til meg som forsker (Thagaard, 2009).

#### **4.0 RESULTATKAPITTEL 1: PERSPEKTIV PÅ HELSEFREMMENTE FAKTORER.**

I kapittel 4.0 og 5.0 presenterer jeg resultatene fra intervjuene. Dataene er analysert på bakgrunn av den enkeltes deltakers erfaring og tanker omkring temaet og forskningsspørsmålene i studien. Etter å ha lest gjennom de transkriberte intervjuene flere ganger pekte det seg ut noen begreper som fanget min oppmerksomhet, blant annet å lytte, å forstå, diagnose, trygghet, ansvarlighet og kontroll. Ut i fra disse funnene har jeg foretatt en meningsfortetting av deltakernes ulike utsagn som jeg finner relevante for å kunne besvare studiens problemstilling.

Resultatene blir presentert i to kapitler med tilhørende underpunkter. Kapittel 4.0. heter perspektiv på helsefremmende faktorer med underpunktene å lytte, å forstå og diagnose. Kapittel 5.0 heter mestring som helsefremmende faktorer med underpunktene ansvar og kontroll og trygghet. Jeg vil avslutningsvis i hvert av kapitlene oppsumme funn og drøfte disse i lys av teoretisk rammeverk og tidligere forskning.

Resultatene blir på den måten satt inn i en kontekst og vil være med på å gi et bestemt syn på deltakernes livsverden. De ulike underpunktene i kapitlene er gjensidig avhengig av hverandre og vil dermed gli over i hverandre i presentasjonen.

Alle deltakerne i studien jobber i dag i 2. linjetjenesten og to av dem har i tillegg til fagkompetanse også erfaringskompetanse som tidligere brukere av psykisk helsetjenester. Jens, Ole og Grete er intervjuet i forhold til deres rolle som behandlere. For å belyse temaet mitt fra ulike sider i en behandlingsrelasjon har jeg valgt å ha fokus på Anne og Turids bedringshistorie istedenfor den profesjonelle ”hjelperollen” de har i dag. Mitt fokus har vært på deres erfaringer og mestringsopplevelser i bedringsprosessen fra de hadde kontakt med behandlingsapparatet og til de opplevde seg som ”friske”. Turid som har erfaringskompetanse sier:

[...]men hva er begrepet å bli frisk. I mitt tilfelle var det ikke nødvendigvis der jeg var før jeg ble syk men det å oppleve at en er frisk der en er. Om en har det sånn eller sånn med kroppen men at en i hodet kan si jeg er frisk.

Turid stiller seg undrende til begrepet ”frisk” og slik jeg forstår henne så vil hvert enkelt menneskes subjektive opplevelse avgjøre dette spørsmålet og med Turids tanker ønsker jeg å presentere mine funn i empirien.

### **Perspektiv på helsefremmende faktorer.**

Møte med mennesker i psykisk helse feltet vil kunne fortone seg forskjellig avhengig av hvilket perspektiv vi velger å forstå fenomenet i. Det teoretiske perspektiv er ikke noe som bare er inne i hodet mitt, men det finner også sitt uttrykk i handlinger – både i atferd og i språk (Andersen W, Karlsson, 1998) Jeg støtter meg til Jon Monsens (1996) tanker om at forholdet mellom teori og praksis kan sammenliknes med forholdet mellom kart og terreng. Kartet har engang blitt til fordi andre har vært der tidligere, og de har beskrevet landskapet som, selv om det har forandret seg, klart er til å kjenne igjen. Når vi så skal av gårde må vi imidlertid orientere oss, navigere og konkret erfare selv. En mengde nyanser er ikke beskrevet på kartet og kanskje finner vi også klare feil i kartbeskrivelsen (Monsen 1996).

I min undersøkelse vil deltakernes opplevelse og meninger rundt begrepene å lytte, å forstå og diagnose først bli presentert og tolket deretter drøftes funn i lys av teoretisk referanseramme og tidligere forskning.

### **Å lytte**

Begrepet å lytte nevnes gjentatte ganger av deltakere som en viktig faktor hos helsepersonell for å hjelpe mennesker til å mestre psykisk helse. Flere av deltakerne understreker dette som et utgangspunkt i møte med mennesker. Ole arbeider som psykiater og har lang erfaring innen psykisk helsefeltet. Han møter mennesker i ulike settinger og har samtalen som fokus i ulike relasjoner. Som psykiater er han opptatt av diagnose og medikamenter, og hvordan dette kan påvirker mennesker. Samtidig sier han at han har en restriktiv holdning til bruk av medikamenter som behandling. Hans erfaring er at mennesker kan få store bivirkninger og avhengighetsproblematikk, og på den måten kan det hemme menneskers bedring til å mestre psykisk helse. For Ole er å lytte en viktig faktor for å hjelpe mennesker.

[...]du må være sånn genuint interessert i å lytte til dette mennesket som sitter foran deg og prøve å skjønne hvordan den personen egentlig har det og da tenker

jeg å få fatt i tanker og følelser. Først og fremst og prøve å møte den personen der den er og bekrefte det[...]

Oles uttalelser finner jeg er interessante på flere måter. Slik jeg forstår Ole vil kvaliteten på å lytte hvile på hjelperens egenskaper i møte med andre. I dette vil det ligge tid, ressurser og engasjement både hos den som skal hjelpe og på arbeidsplassen, slik at kvaliteten på å lytte kanskje ikke alltid vil være topp. Videre hevder han betydningen av å møte mennesker der de er og bekrefte dem. Det å være åpen og oppmerksom vil kunne romme og ta imot det som måtte komme fram av følelser og uttalelser.

Anne har ingen spesiell fagutdannelse annet enn ett år på psykologstudiet. Hun har imidlertid lang erfaring som pasient i psykiatrien, med flere innleggelse og alvorlige diagnoser bak seg. Hun har mye erfaring med å bruke medikamenter, og sier hun har prøvd det meste, men er nå medisinfri. Anne har i dag ingen diagnose eller oppfølging i behandlingssystemet og har de siste årene jobbet med å fortelle om sin bedringsprosess gjennom ulike foredrag og undervisninger. Hun arbeider i dag som helsepersonell i det psykiske helsefeltet.

En god hjelper ser, møter, forstår, lytter og bryr seg om. Det blir mye, men jeg tror kanskje det viktigste når du jobber. Det er det å kunne lytte i alle fall. Jeg har jo møtt mennesker som ikke kan lytte altså som jobber på avdelingen og som spør hvordan har du det og så begynner du å prate og så merker du at de er egentlig ikke tilstede. De er mest interessert i å si det de har lyst til da. Da føler i alle fall jeg det er skivebom.

Annes erfaring med god behandling er å bli sett, møtt, forstått, lyttet til og vist omsorg, samtidig peker hun på at dette ikke alltid skjer i helsevesenet.

Jens arbeider som psykolog i det psykiske helsefeltet og er aktivt og engasjert i samfunnet på ulike måter. Gjennom klinisk praksis, forelesning, undervisning og forskning forsøker han å fremme nyere og integrerende teorier som han mener og har erfart bidrar til bedring av psykisk helse. Blant annet følelsepysykologien og psykodynamisk selvpsykologi. Jens er nødvendigvis ikke imot å bruke ulike medikamenter i behandling. Han mener medikamenter kan være nødvendig for å dempe sterke følelser i en kort periode men da i kombinasjon med annen behandling som f. eks samtale terapi. I forhold til å kunne påvirke og bestemme behandlingen rundt en person og medikamentbruk sier Jens:

Det er mye forskjellige leger som tenker forskjellig. De som jeg samarbeider best med lytter og så hører vi sammen, hva er symptomene, hva er plagene, hva er løsningen og hvordan kan vi hjelpe personen til å holde ut og finne en vei fremover.

Jens er opptatt av nyere perspektiver som blant annet følelsespsykologien og psykodynamisk selvpsykologi. Slik jeg tolker her vil felles forståelse av behandling mellom de ulike samarbeidspartene og pasienten være av betydning. Jens deler Annes erfaring med at flere helsearbeidere i helsevesenet ikke alltid er empatiske, det vil si i den måten Schibbye forskriver. Han sier mange ikke har lært dette:

Det er et veldig fokus på respekt, anerkjennelse og empati. Alle tenker det er viktig med empatien. Men jeg ser jo at folk er ikke empatiske. De har ikke lært å være det. Hva er empati? Og respekt? Hva er det egentlig? Det er altså at en virkelig føler seg dypt sett og forstått og verdsatt for akkurat den en er.

Slik jeg forstår Jens vil utgangspunktet i møte med mennesker støtte Schibbyes (2004) begrep om anerkjennelse. Å skru av alle de ferdige svarene og ta imot det den andre sier og gjennom holdning, interesse og spørsmål, bekrefte og gi den andre en opplevelse av å bli sett og tatt på alvor. Likevel er Jens opptatt av at en helsearbeider må vite hva mennesker trenger og vise vei. Dette diskuteres senere i kapitlet under ansvar og kontroll.

Ole som er psykiater hevder imidlertid at lytting er noe som kan læres og det skjer i en prosess i møte med mennesker. Ole sier at han selv har bruk mange år på å lære å lytte i relasjonen med ulike mennesker.

Jeg har jo møtt noen som på en måte har dette medfødt nesten. Som har et naturlig anlegg til å være åpen og empatisk og lyttende. Andre sånn som jeg trenger mange år for å lære det. Jeg har brukt mange år på å lære det og nærme meg dit. For det er klart du kan lære deg til å lytte. Ved og stadig treffe mennesker med psykiske lidelse og har vært i kriser så lærer du stadig noe nytt, en lærer mest av pasientene. men så må du også være, du må være genuint interessert i relasjoner da og se på bruk og se på det som skjer når du snakker med folk enten det er på tomannshånd eller i grupper.

Slik jeg ser det samsvarer Oles uttalelser med Schibbyes (2004) uttalelser om våre utfordringer i hjelperollen. Det er interessant å se på og ta hensyn til vårt eget

”relasjonelle bidrag”, både til prosesser som kan føre til smerte, stagnasjon, fortvilelse, og til positiv vekst for de vi skal hjelpe (Schibbye, 2004) I følge henne er hovedhypotesen at for å se, forstå og dypest sett hjelpe den andre må vi ha oversikt over oss selv med at vi er reflekterte. Deltakerne er opptatt av å lytte for å forstå. Å lytte til ressurser fanget min interesse. Dette er i tråd med Antonovskys tenkning om å lytte empatisk til problemer med oppmerksomhet og til styrker og ressurser.

Turid er utdannet psykisk helsearbeider og arbeider i det psykiske helsefeltet. Hun har i tillegg til fagkompetanse også erfaringskompetanse da hun for noen år siden gikk i behandling i forhold til en krise hun opplevde i livet sitt. Krisen og behandlingen hun fikk gjorde mye med henne som person og hun sier det har gjort henne til et helere menneske. Turid har de senere år stått aktivt fram for å fortelle samfunnet og hjelpeapparatet om viktige faktorer i hennes bedringsprosess og behandlingsrelasjon. Turid sier hun er kritisk til bruk av medikamenter og har ikke brukt dette selv i sin behandling. Under intervjuet bruker Turid ordet fantastisk flere ganger når hun beskriver behandlingen og psykologen og understreker at hun er svært fornøyd med behandlingen hun har fått.

Lytte til pasienten om pasienten har noen ressurser selv, og ikke er så opptatt av sitt eget fag og sin måte å tenke på men også kan gå litt ut av seg selv og få pasienten delaktig i behandlingen. Ja det tenker jeg er kjempeviktig. Ja det er utrolig viktig.

Jeg forstår Turids utsagn om at terapeuten kan gå ”litt ut av seg selv” viser at terapeuten er åpen for alternativer måter i behandlingen og ikke nødvendigvis tenker at hun vet best. Turids opplevelse bekrefter et slikt perspektiv som viktig i sin behandling da hun sier det er viktig å få gå sin vei.

Grete er utdannet psykolog og møter ofte mennesker i akutte kriser i det psykiske helsefeltet. Hun er engasjert i faget og understreker at hun har en holdning og tro på å bruke andre tiltak enn medikamenter i behandling. Hun er opptatt av at andre tiltak skal prøves først og at dette er mer en regel enn et unntak i hennes arbeid.

Jeg tror noe av den viktigste egenskapen er nysgjerrighet og engasjement i forhold til andre mennesker. Det å ha en nysgjerrighet på historien og bak de symptomene som utspiller seg. Det synes jeg er noe av det som gjør at jeg aldri



blir lei av å jobbe med dette. Det blir aldri kjedelig og det smitter over på den du skal være i posisjon til å hjelpe da. I det du er nysgjerrig så er du også framover lent og engasjert i den andre personens historie. Det gjør jo at en gjerne føler seg mer møtt og ivaretatt også, altså vist oppmerksomhet på en positiv måte.

Nysgjerrighet og engasjement i møte med andre mennesker er nøkkelord for Grete, og et utgangspunkt for en lyttende, ivaretaende og oppmerksom tilnærming til brukeren.

Ole, Jens og Gretes ulike uttalelser i forhold til begreper som empati, lytting og engasjement synes slik jeg forstår det, ser ut til å kunne ligge til grunn for å få fram den andres opplevelse. Slike elementer blir også bekreftet av Anne og Turid som viktig i deres bedringsprosess og bli forstått var for dem viktig.

### **Å forstå**

Å forstå og bli forstått ble av alle deltakerne framhevet i intervjuene. Dette synspunktet pekte seg ut som et grunnlag for å gi hjelp og som et grunnlaget for å kunne mestre psykisk helse. Jens som er psykolog nevner flere ganger under intervjuet viktigheten av å forsøke å forstå følelsene, behovene, tanker og forestillinger om livet, seg selv og virkeligheten.

Mitt prinsipp vil alltid være og først prøve og forså dem. Det vil si forstå hva de føler og hva de har behov for, hva de tenker og hva slags forestilling de har, om livet og seg selv og virkeligheten, og så alltid prøve å møte dem der de er. [...]og da, hvis jeg er tydelig på det så vil de aller fleste ønske en form for hjelp og behandling. Så må jeg bruke de ressursene og de mulighetene som jeg har selv eller i eventuelt samarbeid med andre.

Slik jeg forstår Jens vil betydningen av å forstå være utgangspunktet for en god og riktig behandling. Det kan synes slik Jens uttaler at en felles forståelse gir motivasjon hos mennesker som søker hjelp til å ønske hjelp og behandling, samtidig tenkes det ytre ressurser og samarbeid som kan gi en mer helhetlig behandling.

Alle deltakerne fremhever ”å bli møtt der du er” og slik jeg tolker det vil det å få utrykke seg selv og bli bekreftet på sine følelser og behov være viktig. Turid som har erfaringskompetanse sier blant annet:

[...]jeg opplevde at jeg kunne påvirke og jeg opplevde det som å kunne sitte med ei som møtte meg der jeg var. Ikke der jeg burde være. Selv så ser jeg bilder og farger og dikt, og det var hun opptatt av, og møtte meg på det. I en behandling så kunne jeg se oi....nå ser jeg bilde. Hva ser du sa hun....og det opplevde jeg fantastisk å kunne bruke meg selv i den behandlingen.

Hun forteller at etter krisen og det hun hadde vært igjennom hadde mindre eller endret kapasitet til å mestre jobb og livet. Slik jeg forstår Turid var det viktig for henne ”å bli møtt der hun var” med sine følelser og behov og få bruke sine egne mestringsstrategier. Anne som også har erfaringskompetanse uttrykker at den som skal hjelpe må forsøke å forstå ut i fra menneskers behov.

Det går vel litt på forståelse da. Lytter på en god måte og prøver å sette seg inn i situasjonen. Stå og prøver da å hjelpe med det som pasienten har behov for og ikke ut i fra personlig overbevisning om at sånn skal det være.

Annes utsagn underbygger betydningen av å forsøke å forstå hva den andre trenger, og at dette kan være helt avgjørende for å oppleve god hjelp. Det kan ellers bli slik jeg tolker det, være tilfeldig om den hjelpen som da blir gitt vil ”treffe” den andre. Det synes som om deltakerne presenterer en forståelse som viser at opplevelse av sammenheng er viktig for å fremmes psykisk helse.

Grete som er psykolog peker også på viktigheten av at mennesker opplever å kunne hjelpe seg selv.

For det er klart at det å gå igjennom en sånn behandlingsprosess krever arbeid og det krever mot. Det krever noe å tørre å gå inn å se på seg selv med andre øyner også å være nysgjerrig på seg selv på en helt annen måte enn de fleste er vant til når de kommer i behandling første gang. En må tåle å se at ting gjør vondt men at en kommer igjennom det. Og jeg klarte å hjelpe meg selv ut av den smerten og jeg ser det fungerer når jeg følger de rådene jeg får. Det er en veldig sånn kraftfull tilbakemelding.

I salutogeneseperspektivet forklares det å hjelpe seg selv som en nøkkel som åpner opp for egne sett av ressurser og potensial. Jeg finner det interessant at Gretes uttalelser underbygger en holdning og en tro på at det i mennesket finnes egen styrke som hentes fram for å klare spenninger i krevende situasjoner. Ole som er psykiater deler de andre deltakernes synspunkt om å først forstå. Han mener slik jeg ser det at dette er den viktigste faktoren i en behandlingsrelasjon.

Jeg synes det er mer og mer viktig dette med å bare tenke høyt og reformulere ting pasienten sier som gjør at pasienten føler seg bekreftet eller forstått. Det tror jeg nok er det aller viktigste for får du ikke en gjensidig forståelse eller opplevelse av å ikke bli forstått så får du ikke en positiv, eller så får du ikke et grunnlag for endring eller tillit da. Så jeg tror nok det er for meg det viktigste.

Oles vektlegging av å få til en gjensidig forståelse er, slik jeg forstår det, i tråd med å bygge en god terapeutisk allianse i en behandlingsrelasjon slik Schibbye understreker.

Jens som er psykolog forteller at for å kunne mestre livet så trenger vi å forstå og finne logikken og sammenhengen i vår selvopplevelse. Hvis ikke vil en mestre på bakgrunn av en kaotisk selvopplevelse og det gir ingen ekte mestring.

[...] hvis det er alvorlig lidelse, det å få forståelse på hva det er. Hva er logikken og sammenhengen. Da er det et grunnlag for et fundament hvor en kan mestre. Hvis en ikke gjør det og en mestrer på bakgrunn av en totalt kaotisk selvopplevelse da blir det ikke noe ekte mestring. Det viktigste er å mestre sine egne behov. De psykologiske behovene og det aller viktigste behovet er trygghet.

Han sier det viktigste er å mestre våre behov og følelsesmessige behov, og understreker at behovet for trygghet er det viktigste. Slik jeg tolker Jens vil menneskers følelse av trygghet være sentralt og dermed være et viktig fokus i behandlingen. Ole som er psykiater knytter mestringsbegrepet til ressurser.

Det som slo meg først er vel at noen ganger innenfor psykiatrien er at en kan bli for opptatt av det problematiske på en måte svikten folk har. Det syke og glemme det positive eller de ressursene folk har. Det har vi nok blitt kritisert for og det tenker jeg nok er reelt[...][...]Det å få fram det folk kan og det de kan gjøre noe med er jo kjempeviktig. Det de kan endre på, ikke bare se på det som er låst eller[...]

Slik jeg forstår Ole har mennesker ressurser i seg til å kunne skape endring og at fokus på sykdommen ikke bør bli det eneste perspektivet.

På spørsmål om hva som er den gode samtalen ga de fleste deltakerne ekstra uttrykk for å være følelsesmessig berørt når de fortalte om dette under intervjuene. Jeg merket at det kom en varme og mykhet i stemmene til den enkelte deltaker og jeg fikk en følelse at dette betydde noe spesielt for dem. Ole som er psykiater forteller om den gode samtalen og hva det gjør med han som behandler:

[...]Så plutselig åpner han opp for så mye sorg og savn og ambivalente følelser i forhold til en bror som har tatt livet av seg. Og så plutselig så føler du at du har klart å nå inn og få kontakt. Du kjenner det litt sånn varm, varm i kroppen, og en sånn god følelse. Han er egentlig ikke psykotisk han har bare en slik stor sorg som han ikke klarer å sette ord på. Det er en god samtale[...] [...]altså når jeg føler jeg får kontakt. Føler de gir en sånn respons for at de åpner opp, de åpner opp mer på hvordan de har det. Viser en tillit og .....ja. Det er vel for meg den gode samtalen og føle at jeg har gjort noe. Ja, jeg føler psykiatrien fortsatt faktisk er et spennende fag etter 30 år[...]

Det synes som den gode samtalen slik Ole beskriver berører han strekt følelsemessig og han blir beveget. Det er interessant å se hvordan meningskomponenten i opplevelse av sammenheng også for Ole blir en følelser og motivasjonskomponent i han arbeid. Turid som har erfaringskompetanse forteller om den gode samtale:

Akkurat der og da er det kjempefint å ha en som du føler er der. Det er som å senke skuldrene og ta av seg ryggsekken. Her får du lov til å ta av deg ryggsekken, åpne opp ryggsekken og tømme ut det du har. Så går du ut av rommet med tom ryggsekk.

Turid bruker en del metaforer gjennom intervjuet og jeg forstår at dette er en viktig del av hennes uttryksmåte for å forstå og forklare det levde livet. Turid peker på betydningen av og ”få tømt ryggsekken” og slik jeg ser det vil det være å kunne åpne opp for det du bærer på. Videre forteller Turid om en relasjon preget av åpenhet og ærlighet.

Hun kunne også sette meg på plass. Ja, hun....om jeg begynte å samtale så kunne jo hun også korrigere, og jeg kunne også bli sint[...] [...]for jeg er et følelsesmenneske og ingen kan liksom overføre noe på meg hvis ikke jeg er enig. Nei. Så det gjorde relasjonen veldig fin fordi vi var ærlige på hverandre.

Det jeg finner interessant her er at Turid peker på betydningen av å kunne korrigere hverandre i en relasjon. En slik åpenhet gjenspeiler slik jeg ser det en trygg behandlingsrelasjon. For Grete som er psykolog handler den gode samtalen om å møtes og være tilstede for hverandre.

Den gode samtalen. Det er jo når en klarer å møtes. Det er definitivt det som oppleves som den gode samtale. Det kan være på uendelig mange nivåer. Det kan være at en klarer å møtes på et tema som jeg merker er viktig for den andre

eller som gjør at vi beveger oss videre i prosessen men en god samtale kan også være den koppen med kaffe når en sitter ved siden av hverandre og egentlig ikke sier så mye men får lov til å være tilstede for hverandre

Grete hevder den gode samtalen kan være på mange nivåer og utspiller seg på ulike måter. Slik jeg forstår Gretes utsagn vil det å møtes kunne spenne seg fra den mer formelle terapeutiske samtalen til den uformelle samtalen som en ”kjøkkenprat” er. Hun peker på betydningen av oppmerksomhet, gjensidighet og tilstedeværelse uten ord. Ole, Turid og Gretes erfaringer med den gode samtalen støtter hverandre. Det som slår meg er den mellommenneskelige varmen og ærligheten det ser ut til at de viser i samtale med sine klienter. Denne varmen og ærligheten virket også på meg som forsker ved at jeg følte meg mer rolig og avslappet, av den grunn opplevdes intervjuene som behagelige og gode. Ole som er psykiater forteller om en relasjon med en klient han har kjent lenge og som er preget av følelser og åpenhet. Han sier også at hun er i ferd med å bli frisk, men hun har litt igjen.

[...]så det går vel på en sånn opplevelse av en sånn følelsesmessig respons. At det gjør faktisk noe med meg også. Jeg sitter ikke uberørt. Som i dag med henne som jeg har snakket med i mange år. Jeg blir over involvert eller engasjert og alt for ivrig og tenker høyt, jeg beklager men det er sånn jeg er. Det sa jeg til henne...ja hun skjønte det. Jeg sa jeg klarer ikke....det du sitter å kjempe med det gjør så mye med meg. Det er helt greit sa hun det får bare være sånn. Det er litt av den gode samtalen. Når du får på en måte en sånn respons og du kan ta ting åpent opp [...]

Oles uttalelser er interessante på flere måter. Jeg forstår det han sier om å la seg påvirke i en relasjon i tilknytning til det Schibbye (2004) sier om at det er bare på den måten man også kan påvirke den andre. Annes ,som har erfaringskompetanse, uttalelser viser at behandling i psykiatrien ikke alltid er god.

[...]så....det at man ikke blir møtt eller forstått eller sett. Du blir på en måte bare dømt for det du gjør eller for den diagnosen du har, og da blir en kasteball i systemet. Ut og inn ut og inn og det har gjort ting mye verre. Jeg har vel egentlig sagt når jeg ser tilbake. Barndommen jeg husker ikke så veldig mye....jo jeg gjør det, jeg gjør det, men jeg har nesten mer traume fra årene i psykiatrien enn barndommen. Det har vært vondt....mye....for jeg opplevde de samme tingene der følte jeg på mange måter[...]

Min tolkning er at Anne beskriver seg i en typisk subjekt-objekt-relasjon i behandlingsapparatet og at dette har virket traumatisk for henne. I følge Schibbye

(1998) har Subjekt – Objekt synet dype røtter og føringer i vår kultur. Ved å behandle andre som objekt skiller jeg ikke min virkelighet fra den andres. Jeg ”vet” hva den andre opplever, ser, hører, mener, føler og tenker. Annes opplevelse i møtet med psykiatrien underbygger min hensikt med studien og synliggjør dermed betydningen av å sette fokus på helsepersonells bevissthet, forståelse av mennesket og den sosiale virkelighet vi hele tiden er en del av.

På det psykisk helsefeltet har diagnose og medikamenter en sentral plass i forhold til behandling av mennesker (Wifstad, 1998) likevel viser funn i empirien slik jeg tolker at relasjonsperspektivet hos deltakerne har en stor plass.

### **Diagnose**

Det kom fram ulike synspunkter på det å gi og det å få en diagnose i behandling av psykisk lidelse og medikamenter. Ole som er psykiater mener at diagnostisering kan være viktig for behandling.

Jeg er faktisk ganske opptatt av diagnose jeg. At det er viktig, og at det er viktig ja. Ikke minst tenker jeg det er viktig for å diagnostisere de som måtte ha en bipolar lidelse. Der finnes det faktisk medisiner som virker altså, stemningsstabiliserende medisiner.

For Ole har diagnosen en sentral plass i behandlingen og slik jeg forstår blir det viktig for å skille ut de som faktisk kan ha nytte av medikamenter og de som trenger annen type behandling eller hjelp. Han sier også mange opplever det fint å få en diagnose.

Og min erfaring er også[...]vi har en relativ omfattende diagnostisering. Det mitt inntrykk at det ikke skapes noe negativt i forhold til pasienter. Og de opplever det ikke negativt selv heller stort sett og sier det er ganske betryggende at de får en grundig kartlegging i diagnostisering og at en gjør ting ordentlig. Jeg tenker med skrekk og gru altså hvis en bare skal snakke med folk. Du har jo ikke noe med psykiatri og fag og gjøre da. Da blir det jo bare mer synsing og behandle alle likt. Bare med fokusere på relasjon.

Det synes som om slik Ole beskriver at det kan det se ut til at diagnose for noen skaper trygghet og forutsigbarhet. Det som er vanskelig blir forklart og får et navn og satt i system. Dette viser til slik jeg ser det at gjennom en slik grundig utredning ligger elementer av å bli sett og hørt og forstått. Anne som tidligere har hatt en alvorlig

diagnose synes også det var godt å få en diagnose og understreker at det var til hjelp i hennes bedringsprosess.

Jeg synes det var godt da jeg fikk vite hvilken diagnose jeg hadde[...] [...]Så det synes jeg var veldig godt. Forståelse for at mye av det jeg slet med hadde et navn og at det ikke var bare meg, det hele. Så det var veldig godt. Få en forklaring på ting.

Slik jeg forstår Anne var det godt å kunne plassere ut det som var vanskelig, og på den måten å distansere seg fra sykdommen og de negative egenskapene hun etter hvert skjønnte hun hadde fått på grunn av sykdommen og diagnosen. Anne hadde i mange år uten at hun fikk vite det selv fått en diagnose som i psykiatrien sier du er manipulerende og vanskelig. Det jeg først og fremst finner interessant her er at diagnosen også gav Anne en mulighet til å bytte fokus og plassere sine egne negative holdninger og andres negative holdninger ut på noe. Ved å plassere sykdommen på diagnosen sier hun at hun kunne begynne å finne seg selv og den Anne hun egentlig var og ville være. Hun sier det var en lettelse da hun skjønnte hun ikke var ond og manipulerende. Turid som har erfaringskompetanse bruker ordet ”farlig” når jeg spør om hvilken betydning diagnose har i behandling. Hun er redd en diagnose kunne blitt en hvilepute hvis hun ikke hadde klart å mestre til livet sitt. Hun peker også på faren for at diagnosen blir hengende med resten av livet.

Jeg tror det er farlig. Ja? Jeg ser på diagnose som farlig. At det er noe som behandlingsapparatet bruker mot deg. For min del så har ikke jeg noen psykisk diagnose nå. Jeg tror det kan være skremmende for hvis ikke jeg hadde klart å mestre livet mitt så kunne jeg lett ha brukt en diagnose som en...jammen stakkars meg jeg har jo en diagnose. Jeg tror det er så viktig at når du går gjennom tøffe tak at du kan se at du kan få hjelp igjennom det. Ikke nødvendigvis ha en diagnose som henger med deg som et vedheng resten av livet. Jeg tror det er farlig. I noen tilfeller men nå tenker jeg personlig, i mitt tilfelle.

Slik jeg forstår Turid er det som psykisk helsearbeider, og ikke ut fra sin erfaringskompetanse, hun har sett ”medaljens bakside” ved å få en diagnose i psykiatrien. Hun har lite positivt å si om diagnoser og medikamenter. Jens som er psykolog sier at diagnose i ICD-10 ikke burde ha så mye å si i forhold til den enkelte person fordi den er deskriptiv og sier kun noe om symptomer. Han sier likevel at vi trenger deskriptiv diagnose for å gi behandling da det er lovpålagt og at en deskriptiv

diagnose kanskje kan gi litt råd og tips f.eks i forhold til medikamenter. Han mener imidlertid at det trengs andre typer diagnostikk i forhold til psykisk helse og sier:

Men når det gjelder psykoterapi og annen behandling så må vi ha en psykodiagnostikk i tillegg, for hva er egentlig problemet her da. Hva er problemet? Hvorfor er personen deprimert? Hvorfor har personen angst? Hvordan skal de komme seg ut av det da.

Jens understreker nødvendigheten av å kunne diagnostisere årsaken til problemene. Videre peker han på at ulikt syn på diagnose i helsevesenet vil kunne få ulike konsekvenser for mennesker i behandling.

Hvis vi sier det er en kompleks PTSD så vil folk stort sett få mye mer medfølelse og sympati. Hvis en sier det er en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse vil noen få veldig medfølelse, hvis de er opptatt av nyere teorier, andre vil få vemmelse og tenke nå må vi grensesette. Da kan det få forferdelige uheldige virkninger, hvis det blir en gammeldags måte å forstå teoriene på eller diagnosene på.

Jens uttalelser er interessante og peker på negative konsekvenser diagnose kan få for mennesker hvis de blir sett i lys av en tradisjonell medisinsk forståelse. I lys av Foucaults teori om mikro-makten i det kliniske blikket er det forutsetninger som betinger hva fagmennesket ser, ja hva det er mulig for han å se og hva han dermed unnlater å feste oppmerksomheten ved (Wifstad, 1997).

[...]Og de som har gått den gamle skole da er det en sykdom de må lære seg å leve med og da er det bare medisiner. Og så sier ledelsen de skal i allefall ikke ha noen terapi. Sånn har det vært stadig.

Jens uttrykker frustrasjon i intervjuet ved at den behandlingen han ønsker å gi mennesker med alvorlige lidelser møter lite forståelse i det medisinske tradisjonelle systemet. Slik jeg forstår Jens ønsker han et bedre samarbeid mellom de ulike tradisjonene og mener det er viktig å lytte til mennesker som har erfart selv. Ole som er psykiater hevder at noen medikamenter kan bryte ned menneskers selvfølelse slik at de kan få en negativ utvikling i forhold til egen mestring og de kan stole mer på tablettene enn seg selv.

Da kommer du lett inn i noe du blir avhengig av å stole på andre. Eksempelvis medikamenter eller andre som skal finne løsninger istedenfor å ta tak i noe selv eller makte å ta tak i ting selv.



Slik jeg forstår Ole vil medikamenter også kunne ha en negativ effekt hvis det blir brukt som et alternativ løsning istedenfor å oppmuntre mennesker til å jobbe med seg selv. Ole har gjort ulik faring med bruk av medikamenter.

[...]Og så har jeg jo sett dette som jeg har blitt mer og mer opptatt av som blir kronisk syke eller depressive av antidepressiva. Det er en erfaring jeg har gjort her da. Fordi det begynte liksom med at noen pasienter.....det skjedde ikke noe i terapien og da jeg tok det opp så kom det fram at de selv følte seg sånn veldig flate. De hadde ikke kontakt med følelser, de kunne ikke glede seg, de kjente ikke så mye på tristheten eller depresjonen heller men de manglet på en måte det andre følelsesaspektet glede og mange av de ba jo om at de ikke kunne slutte. Da så vi jo at noen av de blomstret jo opp og fikk kontakt med følelsene sine og følte seg mer friske og normale.

Oles uttalelser finner jeg interessante og slik jeg forstår kan medikamenter hindre mennesker i sin bedringsprosess slik at de ikke kommer videre i livet. Anne som har erfaringskompetanse sier hun ikke kom til topps før hun sluttet med medikamenter.

Ja altså....for jeg kom meg jo ikke til topps før jeg var ferdig med dem. Nei....nei...fordi de gjør jo en ting, de hindrer jo at du skal få disse dype dalene og vonde følelsene, men du får jo heller ingen topper.

Slik jeg forstår Anne gjorde medikamentene henne følelsesavflatet. Hun slapp de vonde følelsene, men hun mistet også evnen til å kunne glede seg og være lykkelig. Hun sier blant annet at hvis mannen vant i lotteri og ville dele gleden med henne følte hun ingenting og klarte ikke å dele gleden sammen med han. Ingen av deltakerne med erfaringskompetanse bruker i dag medikamenter, og de uttrykker det som godt. De sier de føler at livet går opp og ned slik de tenker at det skal. Turid, som har erfaringskompetanse, er glad for at hun ikke brukte medikamenter under behandling, men sier samtidig at det for noen kan være nødvendig:

Jeg tror det er nyttig å kjenne litt på følelsene. Men jeg vet jo i noen tilfelle så er noen nødt til. Men det avhenger jo av at du blir fulgt opp i forhold til det. Jeg ser i ettertid at jeg er glad for at jeg ikke hadde.

Turid peker her på betydningen av oppfølging hvis det brukes medikamenter i behandlingen slik at ikke mennesker blir stående på medikamenter uten annen oppfølging. I mitt arbeid som psykisk helsearbeider erfarer jeg at det brukes mye

medikamenter, noe jeg poengterte under intervjuene, og jeg delte min undring over hva det gjør med potensialet og vitaliteten til mennesker. Til dette svarer Grete som er psykolog:

[...]da opplever vi at det koster mye å starte den prosessen med å ta bort medikamenter. Fullt og helt. Og at en ofte...det resulterer at en bruker mer enn å heller prøve å ta bort uten å tenke så mye over begrunnelsen for de medikamentene nødvendigvis. Det kan være et sånn resultat at de har vært igjennom mange forskjellig behandlere og behandlingsinstanser. Behandlinger og prøvd forskjellig type tilnærminger. Hvor det er vanskelig å finne tilbake igjen til en diagnose som var utgangspunktet for at de startet med medikamentell behandling. Det har ballet på seg så mye etter hvert.

Slik jeg forstår Grete vil det være en tidkrevende og vanskelig prosess å hjelpe mennesker som bruker mye medikamenter til å bedre sin psykiske helse. Likevel tror både Grete og Ole som er psykiater det er mulig å begynne på en slik prosess selv om noen har brukt medikamenter i mange år. Samtlige deltakere peker på at det brukes og har vært brukt mye medisiner i forhold til å mestre psykisk helse. Anne som har erfaringskompetanse sier blant annet at medisiner kan hjelpe mennesker til å komme opp på et vist nivå og at dette kan være viktig for å kunne klare å ta tak i tingene og jobbe med seg selv.. Hun poengterer likevel at det er viktig med annen oppfølging i tillegg slik at ikke personen blir stående på medikamenter. Grete som er psykolog tenker på medikamenter mer som en kur i kortere perioder der det er nødvendig. To av deltakerne tenker at medikamenter er nyttig når realiteten ser ut til å briste eller når det er snakk om alvorlige depresjoner og det er fare for liv. Turid som har erfaringskompetanse sier at for henne oppleves medikamenter som farlig, og hun ble sint da hun ble tilbud medikamenter i sin krise. Turid tror ikke at hun ville klart å jobbe med følelsene sine hvis hun hadde brukt medikamenter.

### **Oppsummering av hovedfunn rundt å lytte, forstå og diagnosens betydning.**

Resultatene i studien viser at flere deltakerne slik jeg ser det forsøker å fremme psykisk helse også uten medikamenter som behandling. De ulike punktene som er presentert er hentet ut fra empirien som en fellesnevner. Likevel viser deltakernes erfaring og tanker rundt disse begrepene å ha mange nyanser, og slik viser også konteksten å spille en sentral rolle i helsefremmende arbeid. Funnene viser at psykisk helsefeltet er preget av nyere perspektiver som fokuserer mestring og ressurs og kan knyttes til blant annet

salutogenese. Det synes som at ”brillene” helsepersonell tar på er helt avgjørende for hvordan mennesker blir møtt og forstått. Diagnose og medikamenter har fortsatt en sentral plass i psykisk helsearbeid, i følge mine deltakere, og kun en deltaker av dem så på det som farlig. Diagnoser kan både bli farlige stempler, men også gode ”knagger”, og medikamenter har positive og negative innvirkning i menneskers liv. Flere av deltakerne i studien uttrykker at de er skeptiske til bruk av medikamenter. Min tolkning er at behandlerne tilstreber en mellommenneskelig kontakt for å hjelpe mennesker til å mestre sin psykiske helse med minst mulig grad av medikamenter. Den gode samtalen preget av nærhet, åpenhet og trygghet og ser ut til å ha stor betydning i møtet med mennesker. Empirien synliggjør det jeg forstår som en eklektisk holdning hos deltakerne i behandlerrollen der ulike elementer benyttes og settes sammen fra forskjellige praksistradisjoner og fagperspektiver i den enkeltes situasjon. Min tolkning er at deltakerne med erfaringskompetanse finner en slik holdning hensiktsmessig, det vil si kombinasjon av en rent biomedisinsk forståelse av diagnose og medikamenter på den ene siden, og samtale basert terapi og relasjonsbasert behandling på den andre.

### **Drøfting av funn**

Begrepet å lytte ble fremhevet av flere deltakere. Dette synes jeg er interessant i lys av Schibbyes (2004) perspektiv. Lytting forstås som en komplisert prosess som vanskelig kan beskrives og forklares med ord. Den som virkelig har blitt lyttet til vet at det er en spesiell opplevelse. Å lytte til en annen uten å reagere ut i fra egne behov er en kunst, ifølge Schibbye (2004). Alle deltakerne i studien peker på betydningen av å bli sett, møtt og hørt for å fremme psykisk helse. Samtidig sier en deltakerne at hun også har opplevd det motsatte. Andersen (2009) viser at gjennomgangstonen fra mennesker som har hatt kontakt med psykisk helsefeltet er at de savner nettopp å bli sett, møtt og hørt. Han stiller spørsmålet om hva som er grunnen til at helsepersonell ikke alltid lykkes i sin tilnærming. I følge Schibbye (1998) har subjekt/objekt-synet dype røtter og føringer i vår kultur. Ved å behandle andre som objekt skiller ”jeg” ikke ”min” virkelighet fra den andres. ”Jeg” ”vet” hva den andre opplever, ser, hører, mener, føler og tenker. Nettopp dette at vi forhåndsbestemmer hvordan klienten har det, er i følge Schibbye årsaken til at det kan bli så katastrofalt for klienten. Klienten kan dermed stå i fare for å miste ”noe av seg selv” (Schibbye, 1998). Betydningen av ”å møte og bli møtt” der personen er ble av flere deltakere fremhevet som viktig. I følge Langeland (2006) vil en behandling i et salutogenetisk perspektiv vektlegge aktiv adaptasjon og det pekes på fem

mekanismer som bidrar til dette. Blant annet; selvregulering, symbolisering, modellering, planlegging og selvrefleksjon (Langeland, 2006). Langeland (2006) peker videre på at hver person må finne sin egen vei med en passende grad av deltakelse. Det finnes ingen magisk kur slik det patogene perspektivet lett kan gi inntrykk av (Langeland, 2006). En ekte og empatisk holdning sammen med ubetinget positiv akseptasjon vil i følge Langeland (2006) gi en atmosfære som fremmer samtalen og betydning av å fokusere på hele personen vil åpne opp for nye muligheter. Schibbye (2004) peker på at det er kvaliteten i relasjonen mellom mennesker, f.eks terapeut og klient, som muliggjør endring i livet og at teknikker spiller en underordnet rolle. Hun peker samtidig på at det i samtalen mellom mennesker skjer mikroprosesser som er vanskelig å oppdage i samtale-timene og at endring skjer over tid (Schibbye, 2004). Jens, en av mine deltakere som jobber terapeutisk som psykolog, arbeider hovedsakelig med mennesker som er preget av sterkt tankekaos og uorden på den måten at de kan oppleves forvirret og ”hjelpesløse” i tilværelsen. Han sier at ved mindre alvorlige lidelser vil medfølelse, omsorg og praktisk hjelp kanskje holde, men er det mer omfattende lidelser/traumer så vil hjelper måtte gripe sterkere inn og vise vei, altså en sterkere grad av kontroll enn det Schibbyes subjekt-subjekt begrep skulle tilsi. Denne tilnærmingen vil jeg knytte til Langeland (2006) som hevder at behandling i en slik sammenheng vil måtte søke tilførsel av ressurser enten i miljøet rundt personen, eller indre ressurser som opplevelse av sammenheng, da dette vil skape høyere grad av helse (Langeland, 2006).

Slik jeg forstår min deltaker Ole, som er psykiater, vil møtet og samtalen kunne berøre mennesker på grunnleggende måter og der gode følelser aktiveres. Oles uttalelser kan også knyttes til empatisk lytting og en dialektisk relasjonsforståelse (Schibbye, 2004). I en slik forståelse ligger det at behandlerens muligheter for å kunne påvirke og hjelpe den andre er større dersom det etableres en nær relasjon. Mine informanter gir på forskjellige måter uttrykk for det samme; at det er i den nære subjekt-subjekt relasjonen at potensialet for hjelp i endringsarbeidet ligger.

Antonovsky peker på betydningen av å identifisere menneskers egne mestringsressurser som kan fremme økt helse (Antonovsky, 2000). Turid med erfaringskompetanse gir uttrykk for at det var veldig viktig for henne ”å kunne bruke seg selv” i behandlingen. I lys av Antonovskys perspektiv ser det ut som om Turids opplevelse av ”å få bruke seg

selv i behandlingen” styrker opplevelse av sammenheng. Om opplevelse av sammenheng blir styrket vil det i følge Antonovsky føre til økt utholdenhet og motivasjon i bedringsprosessen. I salutogeneseperspektivet vil det å klare utfordringer bli sett på noe som kan gi motivasjon til å være en aktiv medspiller i egen utvikling, noe som igjen vil føre til en følelse av å kunne lykkes (Langeland, 2006). Slik jeg tolker empirien vil behandlere som gir uttrykk for ”varme” og ”engasjement” gi den andre en følelse av å bety noe og være verdifull, og dermed en viktig komponent i å oppleve livet som meningsfylt.

I følge Antonovsky vil diagnose bare være en tynn beskrivelse av et menneske, og hjelper lite til å se individets ressurser og hvilke mellommenneskelige forhold den enkelte har (Antonovsky i Langeland, 2006). Å sette fokus på det som har hendt i livet står i kontrast til den biomedisinske forståelsen, der en biokjemisk forandring i hjernen (sykdom) kan medisineres bort (Langeland, 2006). En deltaker med erfaringskompetanse sier det likevel var godt å få en diagnose, en ”knagg” hun kunne henge vanskelige erfaringer på. Diagnose brukt på en slik måte ser jeg kan være hensiktsmessig og dette støttes også fra et salutogenetisk perspektiv, som tar utgangspunkt i sunnhet framfor sykdom (Antonovsky, 2000). Antonovsky legger heller ikke skjul på at sykdom finnes. Hans kjepphest var at mennesket må sees i hele sin sammenheng totalt, inkludert sykdom, framfor å bli overskygget av sykdom. Topors forskning viser likevel at det vil være en fare for, til tross for omfattende anstrengelser for å utvikle enhetlig diagnoseprosedyrer, at mennesker er avhengig av hvem som gir diagnosen for å få ulike diagnoser og behandling (Topor, 2006). Dette henger sammen med at psykiatriens diagnostikk vanligvis ser bort fra den sammenhengen diagnosen er oppstått i. I følge Topor (2006) gir dette en overhengende fare for at synet på pasienten, som en sammensatt person, vanligvis går tapt. En deltakerne i studien sier medikamenter ofte har ”ballet på seg” i løpet av årene da det kan være omfattende prosess å avslutte medikamentell behandling. En slik tanke understøttes av Lauveng, (2005) som peker på at en utstrakt medisinbruk over flere år, mens sykdommen utvikler seg og hjelperne skiftes ut, lett fører til at utgangspunktet for medisneringen glemmes. Dermed står man i fare for å forveksle symptomer og bivirkning (Lauveng, 2005). Deltakerne i min studie peker på flere faktorer som er viktig om man søker å hjelpe mennesker til å bedre sin psykiske helse uten medikamenter blant annet familie, jobb, venner og naturen.

Oppsummerings vis viser det seg at en forståelsesbasert tilnærming, slik deltakerne presenterer, gir mennesker en opplevelse av å føle seg verdsatt og øker dermed menneskers tro på seg selv. Å øke menneskers tro på seg selv vil diskuteres videre i kapitel 6.0.

## **5.0. RESULTATKAPITTELET 2: MESTRING SOM HELSEFREMMENTE FAKTOR**

Opptappingsplanen for psykisk helse legger stor vekt på å kunne mestre eget liv. Selvrealisering, frihet og uavhengighet er idealer som preger vår samtid (St.prp.nr.63. 1997-98). Likevel vil det å være menneske si og leve sitt liv på bakgrunn av noen grunnvilkår som ikke kan velges bort og som er tilstede i mennesket allerede fra fødselen av. Slike grunnvilkår er avhengighet, sårbarhet, dødelighet, relasjoner, eksistensiell ensomhet (Borge, 2006). Omsorg er knyttet til avhengighet og disse to begrepene utfyller hverandre. Omsorg handler dermed om å trå over hverandres grenser. Foucaults maktperspektiv minner oss også om hvor fort det er å overse denne fundamentale betydningen kontekstuell betingethet har.

### **Ansvar og kontroll**

Begrepene ansvar og kontroll hentet fra empirien synliggjør noe av maktspektet i en relasjon og psykisk helsearbeid. Det kom fram ulike meninger om dette og spesielt fra deltakerne i behandlingsrollen og psykologen Grete som understreker at maktspektet er et komplekst område. Deltakerne med erfaringskompetanse synes temaet var vanskelig å snakke om og sette ord på. Jens, som er psykolog, er opptatt av å ansvarliggjøre helsepersonell i psykisk helsearbeid og peker på en behandling og perspektiv som han mener er annerledes enn det tradisjonelle og postmoderne paradigme.

[...]Også før var det også sagt, gi de lillefingeren så tar de hele hånden og nå er det heller å gi dem en hjelpende hånd. Et helt annet paradigme, ikke sant. Før var det ansvarliggjøring av pasienten. Nå er det ansvarliggjøring av helsepersonell. For det er noe helt annet[...] [...]de med veldig alvorlig personlighetsproblemer, de klarer det ikke selv. De blir overveldet, så de trenger noen, mener de som kan dokumentere resultater, de trenger noen tydelige, sterke, snille, kloke folk som hjelper dem.

Det kan synes som Jens ønsker å ha helsepersonell som er mer selvbevisste, kunnskapsrike og omsorgsfulle i behandlingen. Han peker på at det ikke holder å bare være myk humanist, som kun er undrende, tilbaketrukket og spør pasienten; Hva tror du selv vil hjelpe deg? Han sier at hvis en skal kunne hjelpe de med mest alvorlig lidelse så må man vise vei for de vet ikke alltid selv hva det er. Videre peker han på mål med livet.

Jeg mener målet med livet, det er egentlig tre mål tenker jeg da. Det ene er et vi må oppleve det. Altså å føle livet på godt og vondt. Vi må i rimelig grad tilfredsstillende de grunnleggende behovene og vi må da vite hva de er. Og så ideelt sett så må vi finne noe mening da for da blir vi mye sterkere til å holde ut vonde ting.

Jens at skal helsearbeider kunne gi en hensiktsmessig hjelp trenger de kunnskap om hva mennesker trenger og i tillegg være selvbevisste. Han henviser til nyere teorier basert på forskning som bygger på følelser knyttet til menneskelige behov både, fysiologiske og psykologiske. Jens sier:

[...]Han var så syk at han ikke følte han hadde behov for noen ting eller han hadde ikke rett til noen ting. Hvis han sa hva han opplevde så følte han seg som en forferdelig egoist drittsekk som bare fortjente å dø. Så da må en med full kraft gå mot det og verdsette han, du har rett til å leve[...]

Slik jeg forstår Jens må hjelperen aktivt gå inn i menneskers livsverden og på bakgrunn av forståelse og omsorg se på det vanskelige sammen med pasienten og bekrefte følelser i forhold til grunnleggende behov. Ole som er psykiater peker også på valg av behandling i møte med mennesker.

Det er en situasjon hvor du treffer noen som er i krise eller har mye angst eller oppløst eller depressiv og så. Altså det du gjør da. Du kan jo enten gå inn å lytte og tåle det og være tilstede med pasienten og legge opp til litt hyppige samtaler for å hjelpe pasienten følelsesmessig gjennom det. Du kan velge å gjøre det på den ene siden på og på den andre siden kan du være ganske kjapp, du kan si nå er du så deprimert at du må ha antidepressiva og kanskje litt Sobril for å dempe de verste følelsene og Imovane for å sove.

Oles utsagn er interessant på flere måter. Det understreker helsepersonells makt og ansvar i relasjon til hva som kan være hensiktsmessig behandling. Grete, som er psykolog, sier det enkle er ofte det beste.

[...] helt elementære ting og de fleste opplever ganske umiddelbart effekt av det og når den umiddelbare effekten er på plass så har de allerede etablert en motivasjon til å gå videre. De får en opplevelse av at det jeg gjorde fungerte og jeg er i stand til å hjelpe meg selv. Du har sådd en spire. De sier det og så har du da i sluttproduktet hvor pasienten avslutter behandlingen av å si at denne jobben har jeg gjort selv og jeg er stolt av det jeg har fått til. Jeg har fått hjelp med det er meg som har gjort jobben. Det er jo den ultimale mestringsfølelsen [...]



Grete er opptatt av å så en spire, slik at mennesker skal få en opplevelse av å kunne hjelpe seg selv og at dette gir en god mestringsfølelse. Turid som har erfaringskompetanse har sine tanker omkring maktaspektet og sier at helsepersonell har et ansvar for å slippe taket og se når tiden er inne for å avslutte kontakten.

[...]ja, slippe taket det er det den med makt som må gjøre...for hvis en er i pasientrollen så er det så forferdelig trygt dette her. Det er grusomt trygt for det er som han derre knøttene med kosefilla. Ja det er, du vil jo ikke slippe den derre der. Men for å komme videre så må du slippe den.

Turid opplevde det godt å være i behandling, og det var ikke så lett å gi slipp på den støtte og hjelp hun hadde fått, fordi hun på måte ble avhengig av terapeuten. Da behandlingen ble avsluttet fikk hun mulighet til å kunne ringe ved behov, noe som hun opplevde betryggende. Likevel trengte hun ikke å benytte seg av dette. Jeg finner det interessant å se Turids uttalelser i lys av Krogstads (1998) tanker. Han hevder at det er forståelig at pasienten synes det er godt å være i en eksklusiv symbiose med en psykisk helsearbeider, og han sier videre at å tillate dette er maktmisbruk (Krogstad, 1998). Deltakerne peker på lange og korte behandlingsløp, og slik jeg forstår vil det være individuelt og avhengig av lidelse og kompleksitet til det enkelte menneske.

Deltakerne snakker om begrepet kontroll. En sier det er viktig å gi mennesker tilbake kontroll, en sier det handler om å slippe kontrollen og slippe andre mennesker til i livet sitt og en annen sier det er viktig å beholde kontrollen i eget liv. Psykologen Grete sier at i forhold til utfordringer og mennesker hun møter som søker hjelp, vil det å "holde hodet kaldt" være viktig. Grete jobber med akutte kriser, og nettopp derfor er dette viktig for å gi riktig og god hjelp.

Det er aldri så komplekst at ikke du kan begynne med en detalj, eller en liten tråd men det er der vi på en måte må ha hodet vårt kaldt og være der har vi noe å gjøre og ikke bli overveldet over den derre maktesløsheten som pasientene ofte presenterer i sin fortvilelse.

På spørsmål om hvordan mobilisere pasientens egen mestringsevne sier Grete:

Det var jo litt av det jeg var inne på da dette med å gi pasienten tilbake kontroll. Det tror jeg er et viktig nøkkelord her. Dette her med følelse av kontroll for

veldig mange søker hjelp fordi de opplever jeg har mistet taket på ting[...] [...]Ja hjelp meg. For jeg har ikke kontroll over noe lenger. Så noe av det første da er jo å hjelpe til og sortere for å se hvilke løse tråder og hvor skal vi plassere det.

Grete sier også at hjelp til Sortering vil gi tilbake kontroll slik at mennesker klarer å gripe fatt i en vanskelig situasjon og livet sitt. Det er interessant å se Gretes uttalelser i lys av opplevelse av sammenheng og komponenten håndterbarhet i salutogeneseperspektivet. Turid med erfaringskompetanse peker på det med å få gå sin vei og sier

Jeg gikk en del turer, tok bilder og skrev tekst til. Det tok jeg tilbake igjen til behandler og viste og hun møtte meg på de tingene. Forsett med det. Og der har du litt av at ikke behandler sier nei det er ikke noe det er ikke slik vi gjør det. Men at hun anerkjente den måten som jeg....skulle jeg videre i livet måtte gjøre noe som gav meg glede og jeg fikk gå min vei.

Slik jeg tolker Turid var det viktig for henne å få beholde og ha kontrollen over behandlingen og livet sitt. Dette understreker betydningen av å bli møtt med anerkjennelse og respekt i lys av Schibbys (2004) relasjonsforståelse. Anne som også har erfaringskompetanse støtter Turids utsagn om viktigheten av å få lov til å være med på laget.

At du vet hva morgendagen bringer, hva den neste timen bringer at du ikke flyter. Vet ikke hva som kommer til å skje fordi det er såpass viktig for mange pasienter det med mmm...at de får hjelp. Det er liksom liv og død følte jeg da og da få trygghet og få lov til å være med på det laget. Det tror jeg er viktig.

Anne understreker betydningen av å få være med på laget i eget liv, og at det var viktig i hennes bedringsprosess, samtidig som hun også uttrykker behovet for å bli tatt vare på. Det synes som på hvilken måte helsepersonell tar ansvar på ble viktig for Anne. Anne forteller at mange avgjørelser omkring hennes behandling tidligere har blitt tatt uten at hun har fått være tilstede og beskjedene har kommet i etterkant, f eksempel i forhold til utskrivelser og medikamenter. Det opplevde hun som utrygt, vondt og vanskelig.

Ole som er psykiater sier han har veldig mye makt på mange områder i en behandlingsrelasjon. Både i måten han spør på, hva han fokuserer på av det den andre tar opp og hva han velger å gå videre på og ikke. Han mener du kan velge å overhøre noe og du kan velge å fokusere på noe, og han understreker at dette er noe han er var for. og sier:

[...]Også har en jo veldig mye makt i det å foreslå behandling selvfølgelig. Si hva du skal gjøre eller bør gjøre og det er jo ikke til å legge skjul på at jeg synes jo i forhold til dette med bruk av medisiner så synes jeg ja... er jeg i alle fall veldig engstelig for å gå inn i en maktposisjon der en for sterkt skal si noe om hva en skal og ikke skal. Jeg gjør det jo også noen ganger der jeg mener det. Men samtidig si noe om alternativene en måtte ha da. Jeg er ikke redd for å si noe om at jeg synes du virkelig skal bruke et antipsykotisk medikament for nå har du så mye kaotiske tanker. Ja. Det virker som om realiteten glipper litt for deg nå.

Her aner jeg en ambivalens i forhold til å anbefale medikamenter. Ole forteller at han er blitt mer skeptisk til legemiddelfirmaene som han sier har holdt tilbake rapporter om bivirkninger av for eksempel ”lykkepiller”. Slik jeg forstår Ole ønsker han å foreslå andre alternativer framfor medikamenter, men han er likevel tydelig på at i noen tilfeller er medikamenter viktig. Grete, som er psykolog, understreker viktigheten av å være bevisst sin makt og at det kan hindrer maktmisbruk.

Det blir litt naivt å tenke at ikke vi som hjelpere står i en maktposisjon i forhold til den vi skal hjelpe. Rollen vår tilsier at vi gjør det enten vi vil eller ikke og det å være reflektert og klar over at vi står i den posisjonen tror jeg er viktig som utgangspunkt for å misbruke makt.

Slik jeg tolker Grete vil helsepersonells ureflekterte holdninger omkring maktaspektet i psykisk helsearbeid kan føre til maktmisbruk. Psykologen Jens er opptatt av å gi flere mennesker en god behandling, og han arbeider spesielt med de som har en alvorlig psykisk lidelse. Han peker på at flere har fått liten hensiktsmessig behandling opp gjennom årene, og det er brukt mye medikamenter.

[...]Altså nødløsningen er at, de har fått det de har fått, de har blitt som de har blitt og da bli kanskje det tross alt det beste å ha livslang behandling da. Fordi de har ikke ressurser nok, det er ikke muligheter nok[...]

Slik jeg forstår Jens er at medikamenter for flere med alvorlig lidelser har vært løsningen og vil også bli den behandlingen som de får videre, fordi det ikke er behandlingsressurser. Han sier samtidig at de ikke har blitt prioritert i helsevesenet da det ikke er nok ressurser.

Grete peker på gjensidighet og snakker om viktigheten av å skape et felleskap og en vi-følelse med mennesker hun møter.

De mest vellykkede prosessene som jeg har vært med på er jo de som der vedkommende selv sier at det var jo meg som gjorde jobben. Jeg hadde kanskje ikke klart det uten deg eller uten de på institusjonen eller uten den hjelperen men det var meg som gjorde det. Da har du en veldig sånn kraftfull og det tror jeg er et sånn resultat av relasjonen av behandlingsrelasjonen. Du skaper et felleskap en vi-følelse og dette skal vi klare sammen. Det er du som må gjøre jobben men jeg skal være å støtte deg.

Grete viser til en relasjon som er preget av anerkjennelse, gjensidighet og trygghet. Dette er viktige ingredienser i Schibbys (2004) relasjonsforståelse.

### **Trygghet**

Trygghet ble av alle deltakerne nevnt som betydningsfullt i forhold til å mestre psykisk helse og det ble knyttet både til hjelperens personlige trygghet og trygghet som et grunnlag i en relasjon for å kunne mestre. Anne, som har erfaringskompetanse, sier at for henne var relasjonen og trygghet svært viktig og helt avgjørende i hennes bedringsprosess.

Jeg hadde veldig problemer med å stole på mennesker. Jeg måtte kjenne dem uhyre godt for at jeg turde å stole på at de ville meg vel. At de ja...og derfor for meg var det med tilknytning og relasjoner veldig viktig. Å ha en du kunne stole på som du viste ville deg vel. At dette er ikke bare noe jeg gjør for å være slem eller fordi det er en del av jobben min, men fordi jeg bryr meg. Og da kommer jo det med trygghet i kjølevann av det. Fordi stort sett så var jeg jo veldig utrygg, redd for ja... andre mennesker og ting rundt meg og... redd for å miste kontrollen og ikke ha kontroll på...og da blir vel det er noe av det viktigste.

Annes perspektiv er at hun hadde opplevd mye vondt, noe som gjorde det vanskelig for henne å stole på andre mennesker, og hun var derfor redd for å slippe andre mennesker nær seg. I lys av Foucaults maktteori vil disiplinering gi den andre frihet, dersom hjelperen stiller seg ved siden av med sin kunnskap. Han må ikke forsøke å tvinge den andre inn i noe han eller hun ikke ønsker, og brukt med innsikt og varsomhet kan da makt vise seg som et positivt element i en relasjon. I forhold til behandlingsrelasjonen nevner hun spesielt to psykologer som hadde stor betydning for henne.

Hun var knalltøff, hun var sånn, hun utfordret men hun brukte tid først på å bygge deg opp... altså sånn hun kunne sitte en hel time med hånden på ryggen mens vi snakket. Bare for at jeg skulle vite at hun var der.

[...]Jeg trengte veldig mye hjelp for å få sagt noe. Jeg lukket meg bare helt [...] [...]psykologen brukte veldig lang tid for å få lirket ut noe. Hun måtte da ta dobbelttimer for at hun skulle få lirket ut noe. Men så da etter hvert så lærte jeg at uansett hva jeg sa så fordømte hun meg ikke[...]

Slik jeg forstår Anne var tid og tålmodighet hos psykologene viktig for henne, og det bidro til å bygge en trygg relasjon, hvor hun ble verdsatt og til slutt klarte å stole på at de ville henne vel. Ole som er psykiater sier han i enkelte tilfeller har brukt flere år på å bygge en trygg relasjon.

[...] så har det tatt kjempelang tid å bygge opp trygghet. Altså for at hun skal bli trygg på meg. For hun har ikke hatt trygghet til noen av foreldrene. Ja. Det har vært lite trygge personer rundt henne. Så i den grad du treffer folk eller skal jobbe med folk som har en veldig basal utrygghet og kanskje mye traumer og sånn og er mistenksomme så er jo tid og varighet helt sentralt.

Også for Ole har tid og varighet vært av betydning for å bygge en trygg relasjon. Både Anne og Ole peker på betydningen av en trygg relasjon. Helsearbeideren vil her gå inn i relasjonen som en betydningsfull annen og blir en som er til å stole på. I lys av Antonovskys teori vil trygghet i relasjonen kunne styrke opplevelse av sammenheng, slik at den andre blir i stand til å håndtere sine utfordringer uten for eksempel å bli handlingslammet. Anne som har erfaringskompetanse forteller om ro for å jobbe med seg selv.

[...] jeg fikk ro til å jobbe med meg selv. Jeg fikk beskjed om at nå skal du være her så lenge du trenger en døgnplass. Så da kunne jeg istedenfor å bruk så mye tid og krefter på å kjempe på å få hjelp. Kjempe for å bli forstått og kjempe for at de skal forstå at jeg trenger hjelp. Så viste jeg da... da var det lagt, så da kunne jeg begynne å jobbe med det som var viktig. Det å bli frisk. Jobbe med meg selv. Så det har vært veldig viktig for meg.

Trygghet for Anne slik jeg forstår henne handlet også om forutsigbarhet og ro slik at hun kunne få jobbe med seg selv i sitt eget tempo. Kontrasten er dette å være en kasteball i systemet, hvor hun ble skrevet inn og ut av sykehus og hvor behandlingen ble preget av mye medikamenter.

Deltakerne som har behandlingsrollen peker også på betydningen av å egen trygghet i møte men mennesker. Ole som er psykiater sier:

Du må ha et minimum av sånn trygghet og i deg selv og du må kunne møte folk med sterke følelser og tap og savn uten og bli for presset eller få det for ubehagelig eller at det vekker for mye ubehagelige følelser og reaksjoner hos deg selv. Det tenker jeg er en sånn veldig sentral bit.

Det Ole peker på er betydningsfullt. Helsepersonells evne til å tåle å stå i sterke følelser er viktig. Psykologen Jens peker også på betydningen av en trygg hjelper.

Den hjelpetrengende må føle at den behandleren eller den hjelpepersonen har noe å komme med. Har noe å bidra med. Har noen kunnskap, eller redskaper eller ett eller annet. Personen må ha tillitt til hjelperen som person, må føle at det er en person som har rimelig grad av selvutvikling og rimelig grad av mestring selv.

Jens hevder at en god grad av selvutvikling, i tillegg til kunnskap, være av betydning for at den hjelpetrengende skal føle seg trygg og få en hjelp som er hensiktsmessig. Grete sier det er nødvendig å være så trygg på seg selv at det er nok å være tilstede.

Så er det lurt og nødvendig og være såpass trygg i team, eller på hverandre eller på seg selv at en tenker at det er nok å være tilstede. Det er ikke alltid den høykompetansen eller de veldig tydelige virkemidlene i form av medikamenter ECT-behandling eller de sånn håndfaste tiltakene som vi kan skrive i journalen. Det er ikke alltid at det er de som er mest virkningsfulle. At en tørr å stole på at det å være tilstede er en veldig stor og viktig del av tilnærmingen. Så blir det andre nesten litt sånn krydder.

Slik jeg forstår Grete vil hjelpers personlige trygghet ha stor innvirkning på relasjonen, og hun tror at det å være tilstede i kraft av seg selv kan ha like stor effekt som medikamenter eller andre "håndfaste" virkemidler som for eksempel elektroshokkbehandling. Trygghetsfaktoren ble hos flere av deltakerne også koblet til andre faktorer i menneskers livsverden. Psykiateren Ole nevner jobb, kjæreste eller andre personer, og sier det trenger ikke nødvendigvis å være terapeuten som bringer inn trygghet i menneskers liv. Hans erfaring er at andre faktorer kan innføre trygghet som vil øker menneskers psykiske helse, og sier det viser seg ofte å gå bedre med dem som kommer seg i jobb. Ole hevder at jobben en faktor som gir betydningsfulle bidra i å gi trygghet og forutsigbarhet, i tillegg til å følelsen av å bli verdsatt og likt. Dette viser til

Antonovskys tanker om at når noe blir personlig meningsfullt bidrar det til retning, styrke og utholdenhet i atferd. For Turid, med sin bakgrunn, ble møte med arbeidslivet vanskelig.

De møter deg ikke der du er. De møter deg der du burde være. Så å miste noe av kontrollen over livet og da må kjempe det er slitsomt. Den biten hadde jeg håpet jeg hadde sluppet. For IA - bedrifter det er bare et ord i et byråkratisk system.

Turid understreker at arbeidet for henne er viktig og hun uttrykker skuffelse og sinne under intervjuet når hun forteller om måten hun ble møtt på i arbeidslivet. Måten hun ble møtt på ble en ekstra belastning istedenfor til hjelp for henne i hennes bedringsprosess. Turid fremhever derimot sin mann som den viktigste faktoren i hennes bedringsprosess.

Jeg vet ikke om jeg hadde klart det uten en god venn og en god mann. Det var den biten som var med og holdt meg oppe.

Turids peker på betydningen av nære relasjoner og snakker mye om sin mann under intervjuet og måten de arbeidet sammen på under krisen og måten de fortsatt arbeider sammen på for å lage gode hverdager. Hun uttrykker at i deres liv har naturen, bilder og kjærlighet fått en sentral plass. Hun sier også at for henne har struktur i hverdagen, gåturer og kosthold vært hennes medikamenter. Turid peker på flere faktorer som er viktig for at mennesker skal kunne mestre sin psykiske helse. Grete som er psykolog har også noen tanker om tiltak med god effekt som langt på vei kan erstatte medikamenter.

[...]det med å undervurdere effekten av ei skive brød eller en kopp kaffe eller det å stoppe opp i gangen og si hallo hvordan er det og hvordan har du det i dag? Det å se og bekrefte den andre i det å være tilstede istedenfor å haste av gårde eller tenke at alt skal foregå i terapisaamtalen eller at du må vente med å snakke om det for det må du snakke med legen om eller en psykolog.

Grete beskriver dette fra hun jobbet som assistent på gulvet og var den ufarlige personen som enten laget mat eller vasket gulv. Hun opplevde det som svært tryggende og godt for mange og forteller at dette er noe du kan miste etter som du stiger i gradene og posisjon. Grete vektlegger at det er viktig å anerkjenne effekten som uformell mellommenneskelig kontakt har. Anne som har erfaringskompetanse sier også noe om sin erfaring med assistentene på kjøkkenet.

Og det er også sånn veldig rart for når jeg har vært innlagt. Noen av de personene som jeg da har knyttet meg mest til det er disse assistentene på kjøkkenet. De har jo ingen opplæring i å behandle psykisk lidelse[...] [...]hvis de så jeg hadde en dårlig dag....og så jeg var veldig nedfor.....så vare det kom og få en klem, kom her så skal jeg lage en kopp kakao og så det var det jeg trengte....altså en sånn liten....sånn. vi pratet ikke om problemer eller sånn vanskelige ting men de kunne gi meg 5 minutter sitte ned med meg og et klapp på skulderen og en kopp kakao og sånn.

Det synes for Anne som at denne nære og varme omsorgen i de uformelle møtene gjorde henne godt. Hun fikk være seg selv og ble godtatt som den hun var. Anne nevner også betydningen av andre tiltak enn samtalebehandling. Ved innleggelse kunne blant annet kjøreturer med bil gjøre henne godt, og at fokuset ble noe annet enn sykdommen. Håndarbeid og familie nevnes også av Anne som viktig i hennes bedringsprosess. Annes uttalelser viser med dette slik jeg ser det i lys av salutogenese at mennesker også er friske når de er syke. Grete og Annes uttalelser bekrefter Foucaults perspektiv. Hva fagmennesket ser og hva han unnlater å feste oppmerksomheten ved, og hvor stor betydning kontekstuell betingethet har (Wifstad, 1997).

### **Oppsummering av hovedfunn rundt ansvar, kontroll og trygghetens betydning.**

I empirien utpeker det seg faktorer som ansvar, kontroll og trygghet, som i følge deltakerne er viktige for å hjelpe mennesker til å mestre sin psykiske helse. Deltakernes ulike tanker og erfaringer omkring disse faktorene er igjen preget av nyanser og viser den betydning konteksten har. Ansvarlighet av helsepersonell ble framhevet. Samtidig viser empirien betydningen av at mennesker selv får ha ansvar for eget liv. Opplevelse av kontroll viser seg som viktig og gir mulighet for å mestre livet på en hensiktsmessig måte. Trygghet kom til syne som et fundament for å kunne mestre livet. Deltakerne peker på elementer som tid, ro, tålmodighet, tillitt, forutsigbarhet, nettverk, arbeid og helsepersonells indre trygghet som viktige ingredienser i opplevelse av trygghet. Den gode og uformelle samtalen trekkes frem som en trygg faktor, og her ser det ut til at fagkunnskaper og rang spiller liten rolle. Betydningen av ansvarlighet og kontroll for den enkelte deltaker viser at bevissthet og en god balansegang mellom terapeut og klient kan gi mennesker energi og motivasjon til å klare å mestre vanskeligheter tross store livspåkjenninger. Empirien viser dessuten at helsepersonell som individer har stor betydning for og påvirkningskraft på brukeren gjennom holdninger og handlinger.



Empirien synliggjør at det ikke bare er den profesjonelle og den terapeutiske samtalen som kan bidra til at mennesker kan mestre sitt eget liv. Det pekes også på andre viktige faktorer som familie, arbeid, venner og naturen. På grunn av oppgavens rammer velger jeg imidlertid her å fokusere på samtalen mellom den profesjonelle og den hjelpesøkende.

### **Drøfting av funn**

En deltaker fremhever ansvarliggjøring av helsepersonell. Helsepersonell har i kraft av sin profesjon og rolle ansvar for å fremme vekst og velvære hos mennesker (Krogstad, 1998). I følge Krogstad (1998) ligger det mye makt i å holde noe av den andres liv i sin hånd. Ansvarlighet kan knyttes til From (i Kristoffersen, 1998) som sier det krever mot og kraft for å ta valg og avgjørelser når det synes lettest å gå utenom. Samtidig krever det respekt og ”å se den andre” slik han eller hun er, uten å ville eie og dominere personen. Det er interessant å knytte helsepersonells ansvar til Foucaults teori om kunnskap og makt hvor disiplinering kan fremme eller hemme den andres frihet og livsutfoldelse. I følge Borg (2007) skapes bedringsprosesser på unike måter i den enkeltes hverdagsliv og i sosiale prosesser, og anerkjennelsen av hverandres utgangspunkt og ståsted er viktig. Slik synes bedringsprosessen å kunne bidra til at mennesker kan realisere seg selv og sine behov i samhandlingen med helsepersonell.

Personer som søker hjelp kan i følge Schibbye være mennesker som er redde for å miste taket på virkeligheten, og som knuges av følelser av mindreverd og er dypt nedfor uten å ha forklarlig grunn. Mennesker kan være besatte av ideer, være panisk redde og blant annet streve med sorg og fortvilelse (Schibbye, 2004). I lys av et salutogenetisk perspektiv med fokus på mestring, vil helsepersonell kunne hjelpe mennesker til å håndtere påkjenningene på en konstruktiv måte. Det er vesentlig å ha tro på at det i mennesket finnes krefter til å ville reise seg igjen etter fall (Langeland, 2006). Dette kaller Antonovsky motstandskraft og er en ressurs helsepersonell kan spille på lag med. Helsepersonell vil her bli kunne bli en viktig ressurs som kan bidra til større håndterbarhet og opplevelse av sammenheng. Dette kan sees i kontrast til den medisinske tenkningen hvor medikamenter alene fort blir en snever løsning. Lauveng (2005) uttaler seg i forhold til hennes bedringsprosess og erfaring med bruk av medikamenter. Hun peker på positive og negative konsekvenser ved det å bruke

medikamenter og hevder at medisiner brukt på riktig måte kan gi støtte som gjør symptomene mer håndterbare. Smerten lettes i større eller mindre grad, og dette bidrar til at personen makter å komme seg videre i livet. Samtidig sier hun at medisiner kan bli et gjerde som med sløvende effekter og bivirkninger holder mennesker fanget i en sykdomsforståelse og dermed hindrer dem å komme videre i et terapeutisk endringsarbeid (Lauveng, 2005) Det synes som Lauvengs utsagn finner støtte i empirien, som også peker på at medikamenter vil kunne fratari mennesker kreftene de trenger for å bli bra.

Mine funn viser at trygghet er et viktig element i en relasjon. Schibbye (2004) fremhever at en anerkjennende holdning som bidrar til å skape en atmosfære av trygghet. Dette synes jeg er interessant å se i lys av Foucaults maktaspekt. Han sier at det er i detaljene, i det vi ikke legger merke til at maktens hemmelighet ligger skjult. Og denne makten er ikke blott en begrensende mekanisme, men en relasjonell systematikk som frambringer føyelige kroppar (Foucault i Wifstad, 1997). I følge Schibbye (2004) skjer endring over tid og endring skjer som følge av dialogiske mikroprosesser som det er vanskelig å oppdage i samtalestimene.

Et av mine viktigste funn i denne delen er hvordan maktaspektet i det mellommenneskelige møtet håndteres. På hvilken måte makt anvendes konstruktivt i dialogen kan være avgjørende for om mennesker skal klare å mestre sin psykiske helse uten medikamenter. Dette spørsmålet ønsker jeg å diskutere videre i neste kapittel opp mot oppgavens problemstilling.

## 6.0. AKTØR I EGET LIV

I de to foregående kapitlene har presentasjon, tolkning og drøftning hatt et empirinært nivå. I dette kapitlet ønsker jeg med utgangspunkt i mine hovedfunn å diskutere maktaspektet i det mellommenneskelige møtet opp mot teorien. En forståelsesbasert tilnærming, slik deltakerne fremhever som viktig kapittel i 4.0, viser betydningen av å kunne gi mennesker en opplevelse av å føle seg verdsatt, og at dette øker menneskers tro på seg selv. I kapittel 5.0 viser et av mine viktigste funn at en konstruktiv håndtering av maktaspektet i det mellommenneskelige møtet og i dialogen synes å være avgjørende for at mennesker skal klare å mestre sin psykiske helse uten medikamenter.

På bakgrunn av overstående funn vil jeg i lys av studiens problemstilling vise hvordan dialogens makt kan hjelpe mennesker til å bli aktør i eget liv.

Mine funn viser at det å være aktør i eget liv handler om å bli sett, hørt, akseptert og respektert for den en er. Vi hører alltid til i en sosial, kulturell og historisk sammenheng. Mennesket har en evne til tenkning som gjør at vi knytter mening til våre livserfaringer og til hendelser i det sosiale livet (Norvoll, 2002). På den måten vil våre tolkninger og meninger påvirke våre handlinger. Selv om mennesker er unike og forskjellige kan en gjennom dialogen møtes i felleskap, noe som vil kunne gi muligheter for utvikling, innsikt og mestring, til å kunne bli aktør i eget liv. Så hva er det ved dialogen som gir dens kraft? Og hvordan kan den type dialog oppstå i en terapeutisk relasjon?

I følge Wilhelmsen (2008) er det mennesket selv som har de beste forutsetninger til å styre sitt eget liv. Hvordan kan maktaspektet i en relasjon og dialogen bidra til å gi mennesker kraft og styrke til å leve sitt liv slik at det kan føles tilfredsstillende for den enkelte?

Når mennesker frivillig oppsøker hjelpeapparatet gir de noe av sitt liv til andre, og samtidig gir de også den andre makt (Eide, Grelland, Kristiansen, Sævareid, Aasland, 2003). Hva får mennesker til å gi fra seg makt? En vesentlig grunn er at en tror den andre vil en vel. (Eide et al. 2003). I følge Wifstad (1997) er det liten forskjell i behandlingsformen av ulike former for psykoterapi og det er mye som tyder på at det er de relasjonelle faktorene og ikke de enkelte metodene som virker terapeutisk. Blant de

relasjonelle faktorene ser kvaliteten ved kommunikasjonen og relasjonen mellom terapeut og klient ut til å være vesentlig. (Wifstad, 1997). Dette synes jeg å gjenspeile i empirien. Maktaspektet vil komme til uttrykk på ulike måter i det sosiale livet og kommunikasjon og språk danner selve grunnlaget for maktforholdet (Norvoll, 2002).

Weber (i Norvoll, 2002) knytter makt til et herredømmeforhold hvor noen har makt over noen andre. Den som har mest makt i relasjonen er den som har størst sjanse til å få gjennomført sin vilje når ulike interesser møter hverandre. Makt må ikke nødvendigvis utføres ved å være tilstede, men gjenfinnes i selve muligheten til å få gjennomført sin vilje (Norvoll, 2002). Slik jeg ser det er vil Webers maktdefinisjon kunne sees i lys av Schibbyes subjekt – objekt – syn som leder fokus hos helsepersonell i retning av belønning, straff, gode råd, resultater og konklusjoner (Schibbye, 1998).

Foucault (i Norvoll, 2002) knytter derimot makt til det å *gjøre noe*. Dermed vil makt kunne gi positive, skapende og produktive krefter både i personen selv og i omgivelsene (Norvoll, 2002) Det synes som makt på en slik måte vil kunne gi mennesker mulighet til å realisere sine interesser og få gjennomslag for sine ønsker, behov og verdier uten at det nødvendigvis går på bekostning av andres vilje eller interesser. Makt vil derimot kunne gi mennesker trygghet og tilgang til sine egne personlige ressurser (Norvoll, 2002).

I følge Schibbye (1996) vil en anerkjennende holdning stå sentralt i en dialektisk relasjonsforståelse og inneholder ingredienser som lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse. Disse begrepene griper over i hverandre, skaper hverandres forutsetninger og viser til hverandre. Med andre ord, de er dialektiske (Schibbye, 1996). Som helsepersonell kan det i følge Krogstad (1998) være vanskelig å se seg selv som en maktutøver istedenfor en selvoppofrende hjelper. Krogstad hevder at makten er uløselig knyttet til det å være hjelper, og for å bruke makten rett må hjelperen først forstå at hun eller han har makt (Krogstad, 1998). Dette kan sees i lys av Schibbyes (1996) forståelse om at ingrediensene i anerkjennelse ikke alltid passer sammen; det vil kunne skje at en klient ikke kan ta imot bekreftelse og ikke er villig til å dele. Dessuten skal ikke alle følelser, tanker og behov nødvendigvis fokuseres på og deles, siden det i følge Schibbye kan føre til en invadering av den hjelpetrengende. En viss tilbakeholdenhet vil dermed spille en sentral rolle, og kjennetegnes ved forsiktighet (Eide et al. 2003).

Tilbakeholdenhet vil imidlertid kunne hindre helsepersonell å se den hjelpesøkende som avhengig av og underlagt hjelperen med deres egen erfaring og forståelse. Ved en slik tilbakeholdenhet vil den andre alltid være noe annerledes og noe mer enn det helsepersonell kan slutte ut i fra seg selv (Eide et al. 2003). Gjennom de ulike holdninger som er presentert ovenfor, vil helsepersonell kunne møte brukeren med åpenhet som vil kunne gi trygghet, samtidig som brukeren vil kunne klare å bli aktør i eget liv.

Den biomedisinske tradisjonen har tidligere vært rådende i det psykiske helsefeltet, der konsultasjonene først og fremst har vært opptatt av å finne riktig medikasjon i forhold til sykdom ved hjelp av detaljerte spørsmål om pasientens symptomer (Wifstad, 2001). Dersom sykdommen finner sin forklaring i fortrenge traumer i barndommen, vil en psykodynamisk tilnærming kunne løse problemet. Sykdom blir i en slik sammenheng enten noe som oppstår i kroppen uten en klar ytre årsak, eller noe som kommer "utenfra". Ved en slik forståelse blir den syke dermed et offer for noe. Dette fører i følge Larsen til at sykdommen kan bli hovedaktøren i livet til den syke framfor den syke selv. (Larsen, 2001).

I følge Schibbye (2004) vil skjemaspørsmål i diagnostiseringen kunne bidra til tingliggjøring ved at det *finnes* et svar, der det er den som stiller spørsmålet som har krav på svaret. Som en motpol til skjemaspørsmål vil språket i en dialektisk relasjon, slik jeg forstår Schibbye, være preget av undring, fundering og er derfor mer åpnende enn tingliggjørende. Nøkkelen til å mestre eget liv er i følge en av deltakerne i undersøkelsen å gi pasienten tilbake kontroll. I møtet og samtalen vil mennesker ha ulike *virkelighetsbilder*. I følge Eide et al. (2003) er det her den enkeltes subjektivitet ligger. Jeg har mitt bilde av virkeligheten, du har ditt, og andre har sitt. Dette forhindrer likevel ikke at mennesker kan få et felles bilde av virkeligheten i det som Eide et al. (2003) kaller intersubjektivitet. Intersubjektivitet utvikles gjennom en felles interaksjon både gjennom tale og handling (Eide et al. 2003). Dette vil si at mennesker kan utvikle og få korrigert sitt bilde av virkeligheten slik at en kan samtale meningsfullt med andre mennesker (Eide et al. 2003). Gjennom en anerkjennende holdning vil helsepersonell kunne stille spørsmål og undre seg sammen med klienten, som på bakgrunn av samtalen vil kunne forme og utvikle seg selv.

I følge Antonovsky vil mestringsperspektivet i en salutogenetisk tilnærming i større grad kunne lede hjelperen til å få øye på ubrukte sider og nye muligheter hos den hjelpesøkende og hans omgivelser enn i et rent patogent perspektiv. Målet i en slik tilnærming er å aktivisere ressurser og potensial gjennom å lytte empatisk sammen med en holdning og tro på at det i ethvert menneske finnes et iboende vekstpotensial (Langeland, 2001). Monsen (2002) stiller seg kritisk til Antonovskys tenkning og mener maktaspektet i for liten grad er vektlagt i salutogenese. Dermed vil helsepersonell kunne få mye makt over en person, når nøkkelen til bedre helse ligger i historien og personens fortrolighet (Monsen, 2002). Jeg ser kritikken som relevant, da mennesker i møte med helsepersonell ofte ikke har den full oversikt over de profesjonelles holdninger og handlinger. Dette er i trå med en av mine deltakers erfaring i møte med psykiatrien.

Det synes som helsepersonells refleksjon og evalueringer over egne holdninger og handlinger i møtet vil være sentralt. I følge Norvoll (2002) vil det ellers ved en ureflektert holdning kunne skje krenkelse og ydmykelse, uten at helsepersonell vet det selv. I Schibbyes (1998) relasjonsforståelse vil en anerkjennende holdning og undrende holdning hos hjelper gi klienten en mulighet til å tydeliggjøre feiloppfattninger og hindre at en definerer eller bestemmer over den andres følelser og behov (Schibbye, 1998) I felleskap vil da helsepersonell og brukeren kunne samtale slik at brukeren føler seg akseptert og respektert, noe som igjen vil kunne gi et grunnlag for endring gjennom dialogen.

Empirien peker på makt knyttet yrkesutøvelsen og i følge Norvoll (2002) vil et menneske som er i en situasjon hvor en ikke ser noen utvei, muligheter eller har midler til å endre føle stor avmakt. Avmakten fremkaller ofte følelser av sinne og redsel i følge Norvoll. Jo større avmakten er for et menneske, jo mer vil det forsterke helsepersonells makt og deres etiske ansvar. Trygghet og tillit mellom helsepersonell og mennesker som søker hjelp blir viktig for å kunne redusere avmaktsopplevelsen. Dette vil kunne øke troen hos mennesker på at det finnes muligheter for å bli forstått og få hjelp til problemene (Norvoll, 2002). Samtlige deltakerne i denne studien underbygger en slik forståelse gjennom å betone at trygghet er den viktigste faktoren for mestring og dermed bedring.

Mine funn tilsier at diagnose kan bli farlige stempler, men også bli gode ”knagger”, det vil si en måte å organisere en kaotisk og utfordrende virkelighet/erfaring. En deltaker mener diagnoser er farlig sider det vil kunne føre til at en blir et offer for noe samtidig som det også kan føre til en stempling og stigmatisering hos personen selv og omgivelsene. Hennes forståelse kan sees i lys av Schibbyes (2004) understreking av at hver person er unik, og at levende mennesker ikke passer inn i diagnostiske kategorier. Schibbye hevder at helsepersonell ofte inntar et utenfra – syn ved å bestemme og definere hva den andre trenger og har behov for. Hun mener at helsepersonell ofte tror det er noe galt med klienten som de skal rette opp i. En slik tilnærming vil i følge Schibbye sette merkelapper på menneskene ved å bruke diagnoser (Schibbye, 2004). Det kan dermed synes som diagnoser vil kunne frata mennesker krefter de trenger i en bedringsprosess.

Det vesentlige i et alternativt subjekt-subjekt syn vil i følge Schibbye være ideen om at individet har sitt eget syn på seg selv og sin subjektive opplevelse. Dette fremstår som fruktbart for meg og bekreftes av empirien over. Gjennom samtalen, måten helsepersonell opptrer på, og gjennom en felles forståelse med klienten, vil helsepersonell bedre kunne hjelpe mennesker til å mestre eget liv (Schibbye, 1998). Dette perspektivet er interessant i lys av at deltakeren sier at det følte godt da hun fikk en diagnose. Dette forstår jeg imidlertid i lys av en salutogenetisk tilnærming som fokuserer på mestringsvevnen i historien og i mindre grad er opptatt av diagnosen. På en slik måte synes deltakeren å plassere det syke og vonde på diagnosen, altså ut fra seg selv og på den måten kunne hun konsentrere seg om den friske delen av seg selv.

Diagnose vil også kunne forstås på som helsefremmende i menneskers liv. En av deltakerne mener det er viktig med diagnose for å kunne gi riktig behandling og i den forbindelse også kunne gi riktige medikamenter. Topor (2006) viser i sin forskning at maktforholdet i møte mellom pasienten og psykiateren aldri er nøytralt på grunn av sammenhengens handlinger og kunnskap. Han peker på at diagnosen blir til i samspillet mellom psykiateren og pasienten. Avhengig av hvem som gjør vurderingen og situasjonen vil samme pasient få ulik diagnose og tilbys ulik behandling (Topor, 2006). Likevel pekes det på i følge Norvoll (2002) at psykiske lidelser har vært underkjent i samfunnet, og at kunnskap om psykiske lidelser, også medisinsk, gir større

behandlingsmuligheter en tidligere. Det vises at medisiner kan gi verdifull hjelp hvis de benyttes på riktig måte (Norvoll, 2002).

Noe av det vesentligste innen den salutogenetiske tenkningen er forståelsen av *stress*. Antonovsky oppfatter ikke stress som utelukkende sykdomsfremkallende. Å mestre utfordringer vil kunne gi motivasjon til å være aktiv medspiller i egen utvikling og er en forutsetning for å kunne oppnå en følelse av å lykkes (Langeland, 2006). Antonovsky snakker også om ”passende utfordringer”. Stress-teorien er slik jeg ser det viktig å ha med seg i møte med mennesker, og funn i empirien understøtter dette. En deltaker sier at en kan begynne med en liten detalj, en liten tråd og dette vil kunne gi pasienten en mulighet til å se at han kan hjelpe seg selv. I motsattfall vil sykdomsforståelsen av stress og bruken av medikamenter kunne hemme den andres vekst og muligheter, noe flere av deltakerne i studien sier noe om. Det støtter mine antagelser om at hvilke ”briller” helsepersonell har på seg vil være avgjørende for praksis i psykisk helsearbeid. Det teoretiske perspektiv er ikke noe som en bare har inne i hodet, men det kommer også til uttrykk gjennom handlinger – både i atferd og i språk (Andersen, Karlsson, 1998). Hvor klart den teoretiske førforståelsen framstår, ser jeg vil avhenge av hvor mye helsepersonell anstrenger seg for å legge forholdene til rette for at den hjelpesøkende vil kunnet gi seg og sin verden til kjenne.

Lauveng (2005) sier i forhold til sin bedringshistorie at hun hadde sine hjelpere, med sine egenskaper og sine bidrag. Da virkeligheten er sammensatt, peker hun på at hver hjelper hadde ikke bare en god egenskap. Noen hadde flere og noen bare en eller to. Hun forteller at noen var med på lange strekninger, noen var innom en kort stund og ingen var helgener. Noen hadde med seg ting som ikke var fullt så bra, sånn er virkeligheten. Men hun poengterer at selv om noen hadde veldig stor betydning og andre spilte en litt mindre rolle, var alle viktige og bidro til at hun vant sin framtid (Lauveng, 2005).



## **7.0 OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER OG KONKLUSJON**

### **7.1. Metodekritikk og gyldighet**

I min studie har refleksivitet vært viktig for å sikre gyldighet og pålitelighet. Kvaliteten på arbeidet må av forskeren kunne forsvares av forskeren, leseren, informantene og oppleves av disse som troverdige og pålitelige. Det er viktig at jeg har et kritisk blikk på egne ideer, rolle, bruk av metoden, møtet med deltakerne og tolkning (Fagermoen, 2005).

Mitt valg av kvalitativ metode hviler på ønsket om å få fram kunnskap og erfaring fra de som erfarer fenomenet som blir studert, og studien fokuserer forståelse som kunnskapsform. I følge Kvale og Brinkmann (2009) kan den kvalitative kunnskap gi valid vitenskapelig kunnskap dersom jeg som forsker har formulert informantens mening, omformulert dets selvforståelse, men holdt meg rimelig innefor konteksten.

Datamaterialet i studien inneholder flere tekster det kunne være interessant å bearbeide og rapportere, men jeg har forholdt meg til hovedfunnene. Deltakernes opplevelse tolkes i lys av det teoretiske rammeverk og tidligere forskning. Det teoretiske rammeverket fungerer fokuserende og styrende, samtidig som det studerte fenomenet kommer til uttrykk. Valg av teoretisk referanseramme representerer en avgrensning av andre perspektiver med tanke på måten materialet tolkes, analyseres og teoretisk belyses på.

Presentasjon av empirien vil i studien synliggjøre mine tolkninger, som i mange tilfeller vil være preget av min førforståelse. Jeg har gjennom prosessen forsøkt å være eksplisitt på min førforståelse og lagt den til side i den grad det er mulig. Ved tolkning av intervjuene ble det lagt vekt at leseren får tilstrekkelig innsyn i data til å kunne følge min argumentasjon. Resultatkapittelet inneholder mange sitater for å komme nærmest mulig informantens versjon av sine opplevelse. Jeg har etter beste evne tilstrebet å gi en valid beskrivelse av studiens funn.

Jeg har i denne studien forsøkt å finne frem de mest utbredte trekkene i datamaterialet og foretatt en tematisering. En fare med det er at ved å finne tema og uttrykk som

fasinerer en kan en ved å tillegge det uberettiget stor betydning overskygge andre vesentlige uttrykk i materialet. Slik sett vil temaene være preget av min førforståelse. Tidligere forskning i studien er kun et lite utdrag av det store mangfold som finnes, men bekrefter og gjenspeiler slik jeg ser det studiens resultater. Av kritisk betydning er utvelgelsen av deltakere i undersøkelsen. Deltakerne ble valgt på bakgrunn av deres kunnskap og erfaring omkring temaet i studien. Det bidro til engasjerte deltakere og innholdsrikt datamateriale som kunne svare på min problemstilling. Utvalget er ikke et representativt utvalg av populasjonen. Dette er ikke mulig ved en kvalitativ studie, som er basert på en begrenset antall deltakere.

## **7.2. Resultatenes betydning for praksis**

Funnene i denne studien kan vanskelig generaliseres, og jeg vil være forsiktig med å tale på vegne av praksisfeltet. Jeg vil likevel på bakgrunn av egen erfaring som helsearbeider i psykisk helsefeltet trekke fram noen funn som vil kunne være relevant for praksis.

Det synes som at en kritisk bevissthet og en løpende refleksjon hos helsepersonell vil kunne bidra til at den konstruktive makten i relasjonen og dialogen, vil komme tydeligere fram.

Studiens funn kan bidra til en økt bevissthet omkring tematikken som er løftet frem i denne studien. En økt bevissthet hos helsepersonell rundt effekten av den konstruktive makt, vil kunne bidra til at helepersonell kan våge mer å stå i lidelsestrykket sammen med brukeren, før det eventuelt tilbys medikamenter.

Siden funn viser til flere faktorer enn den terapeutiske samtalen som betydningsfull i forhold til egen mestring, vil det ha vært spennende å forske på hvilken betydning nettverk, venner, arbeid og natur kan ha i forhold til å være aktør i eget liv. Dette ligger imidlertid utenfor denne oppgavens rammer.

## **7.3 Oppsummering og konklusjon**

I denne studien har jeg satt søkelyset på helsepersonells kunnskap og erfaring i møte med mennesker i en behandlingsrelasjon. Problemstillingen har vært på hvilken måte

søker helsepersonell å hjelpe mennesker med psykiske lidelser til å mestre sin psykiske helse, også uten medikamenter.

Deltakerne i behandlerrollen søker å hjelpe mennesker til å mestre sin psykiske helse også uten medikamenter gjennom samtalen og den nære relasjonen. En forståelsesbasert tilnærming blir av alle deltakerne framhevet som sentralt - hvor det å lytte for å forstå problemer, men også det å lytte til ressurser - viser seg å ha stor betydning. En slik tilnærming i behandlingssamtalen bekreftes også som viktig av deltakerne med erfaringskompetanse.

Likevel viser empirien at veien til bedring er sammensatt, og er preget av flere nyanser. Mange ulike faktorer vil kunne ha betydning for at mennesker skal kunne mestre sitt eget liv som for eksempel nettverk og arbeid. I lys av Antonvosky og en salutogenetisk tilnærming vil helsepersonell kunne sette fokus på personens historie istedenfor på diagnose og vektlegge mestringsveien i historien. På en slik måte vil salutogenese kunne gi inspirasjon og fornyelse med tanke på å bringe inn en større oppmerksomhet omkring områder i det psykisk helsefeltet som mening, ressurser, mestrings og nytt syn på stress.

Empirien peker på betydningen av bevissthet omkring helsepersonellens ansvar. Helsepersonell har et ansvar i relasjonen, på bakgrunn av sin profesjon og rolle, som i utgangspunktet er asymmetrisk. I følge Norvoll (2002) vil sosial kontroll i helsevesenet dreie seg om en disiplinering, regulering og overvåking av mennesker i storsamfunnet eller andre sosiale systemer. Et viktig bidrag inn i psykisk helsefeltet kan da bli den dialektiske relasjonsforståelsen som sammen med blant annet anerkjennelse og undring kan sees i lys av Foucaults maktteori. I disiplinens og hjelperens navn vil da helsepersonell kunne stille seg ved siden av den andre med sin kunnskap, og samvirke i en prosess som gir den andre frihet. En frihet som igjen vil kunne føre til vekst og ny innsikt hos mennesker, slik at de kan mestre psykisk helse også uten medikamenter og dermed kunne bli aktør i eget liv.

## LITTERATURLISTE

Andersen, A. J. W og Karlsson. B. (1998). *Psykiaatri i endring*. Oslo: Ad Nortam Gyldendal AS.

Andersen, A. J. W. (2009). Den levende kunnskapen. I R. Rohde og S. Viland (red.) *Mitt liv som menneske*. (s. 27-33). Kristiansand, Portal forlag.

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bjelland, I., Bolstad, A., Drønen, T., Larsen, G., Skjøskift, S. (1994). *Medikamentavhengighet – og bruken av vanedannende medikamenter*. Artikkelsamling (temaserie 1994: 2) Oslo: Rusmiddeldirektoratet, 1994.

Borg, M. (2007) The Nature of Recovery as lived in Everyday Life: Perspectives og individuals recovering from severe mental health problems.

Borge, L. (2006). *Det gode liv*. I A. Almvik & Borge, *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s.32 -52). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Borge, L., Hummelvoll, J.K. (2007) Patients experience of learning and gaining personal knowledge during a stay at a mental hospital. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*.

Borge. L. (2008). Institusjonen - et sted for læring, mening og eksistens. I B. Karlsson (red.). *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. (s.112-133). Oslo. Gyldendal Norske forlag AS.

Botnen Eide, S. Grelland, H.H. Kristiansen, A. Sævareid, H.I. Aaslan, D. G. (2003). *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Buus, N. (2005). *Communication among mental health nurses. A field study of mental health nursing practices*. PhD thesis. University of Southern Denmark.

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

Det kongelige sosial- og helsedepartement. St.prp.nr.63, (1997-1998). Om oppdrappingsplan for psykisk helse. 1999-2006.

Fagermoen M. S. (2005). *Kvalitative studier og kvalitetskriterier*. I *Norsk Tidsskrift for sykepleierforskning*, 2005; 7: 2, 40-54.

Karlson, B. (2008) *Psykisk helse i spennet mellom krav til produksjon og levd liv – et vitenskapelig essay*. I *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* vol 5. nr 2 2008 s. 153-163.

.

Kristoffersen, K. (2009). *Forståelse og teori*. Forelesning ved Universitetet i Agder Høst 2009. Emne ME 503. Mastergrad i psykisk helsearbeid.

Kristoffersen, K. (1998). *Pårørende og søsken i psykisk helsevern*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Krogstad, J. G. (1998). *Psykiatri og makt: noko å mase om?* I A. J. W. Andersen og B. Karlsson (Red.). *Psykiatri i endring*. (s.116-141). Oslo: Ad Nortam Gyldendal AS.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Langeland, E (2006). *Mestring av psykiske helseproblemer – salutogenese i teori og praksis*. I A. Almvik & Borge, *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s.87 -123). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Langeland, E. (2007.) *Opplevelse av sammenheng og livskvalitet hos personer som lider av psykiske helseproblemer. – en intervensjonsstudie i samtalegrupper med fokus på salutogenese*. Universitetet i Bergen.

- Larsen, I. B. (2009). *"Det sitter i veggene" Materialitet og mennesker i distriktspsykiatriske sentra*. Universitetet i Bergen.
- Larsen, I. B. (2009) *Validering i kvalitativ forskning*. Forelesning ved Universitetet i Agder Høst 2009. Emne ME 503. Mastergrad i psykisk helsearbeid.
- Larsson, S. (2005). *Om kvalitet i kvalitative studier*. I *Nordisk pedagogikk*, 25 (1), 16-35.
- Lauveng, A. (2005) *I morgen var jeg alltid en løve*. Trondheim: J.W. Cappelens forlag as.
- Monsen, J. T. (1996). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Utdrag fra klinisk psykologi*. Otta: TANO AS
- Monsen, N. K. (2002). *Den gode sirkel. En filosofi om kjærlighet og helse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Norvoll, R. (Red.) (2002). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelig perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Schibbye, A. L. L. (1996). *Anerkjennelse: en terapeutisk intervensjon?* Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol. 33, nr.6, 530-537.
- Schibbye, A. L. L. (1998). *Å bli kjent med seg selv og den andre: om selvrefleksivitet og undring i en dialektisk relasjonsteori*. I A. J. W. Andersen og B. Karlsson (Red.). *Psykiatri i endring*. (s.164-183). Oslo: Ad Nortam Gyldendal AS.
- Schibbye, A. L. L. (2004). *En dialektisk relasjonsforståelse. I psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sommerchild, H. (1998). *Mestring som styrende begrep*. I: B. Gjørum, B. Grøholt og H. Sommerschild (red). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. (s. 21-64) Oslo: Tano Aschehoug.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

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

Topor, A. (2002). *Vendepunkter. Et nærstude af vendepunkter for mennesker der er kommet sig efter alvorlig psykisk lidelse.* København: Videncenter for socialpsykiatri.

Topor, A. (2003). *Recovery at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse.* København: Hans Reitzelts Forlag.

.

Vatne, S. (2008). Anerkjennende tilnærming. Et grunnleggende terapeutisk prinsipp i psykiatrisk sykepleie. I B. Karlsson (red.). *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie.* (s.40-63). Oslo. Gyldendal Norske forlag AS.

Wifstad, Å. (2001). *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri.* Oslo: Universitetsforlaget

Wilhelmsen, I. (2008). *Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi.* Stavanger: Hertervig Forlag.

## **Vedlegg I**

### **INFORMASJONSSKRIV**

Mitt navn er Jorunn Honnemyr og jeg ønsker å gjøre en undersøkelse i form av intervju med ulike helsearbeidere innen psykisk helsefeltet. Jeg er sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid av utdanning og arbeider til daglig ved en DPS på døgnavdeling. Undersøkelsen min vil utgjøre min masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder.

Temaet i masteroppgaven min er psykisk helse, medikamenter og mestring. Jeg ønsker å få fram på kunnskap og erfaring hos psykisk helsearbeidere som har tanker om og erfaring med behandling av psykisk helse også uten medikamenter og hva som kan bidra til mestring i en behandlingsrelasjon.

Som masterstudent plikter jeg å verne om de ulike deltakers interesser, og anonymisere alle data som kan peke tilbake på enkeltpersoner. De opplysninger jeg skriver ned vil bli makulert etter at oppgaven er ferdig.

Dersom du sier deg villig til å delta, er det viktig at du skriver under vedlagte samtykkeerklæring. Her opplyses det at du når som helst kan trekke deg fra å delta i undersøkelsen, også etter at intervju er gjennomført.

Dere må gjerne kontakte meg eller min veileder, Espen Marius Foss ([espen.m.foss@uia.no](mailto:espen.m.foss@uia.no) / tlf 92438373), for nærmere opplysninger.

Vennlig hilsen

Jorunn Honnemyr

Mobilnummer: 90764886

[jorunh07@student.uia.no](mailto:jorunh07@student.uia.no)



## **Vedlegg II**

### **SAMTYKKEERKLÆRING**

Jeg har lest informasjonsskrivet angående prosjektet med følgende tittel:

#### **Psykisk helse, medikamenter og mestring**

Jeg er innforstått med at de opplysninger jeg bidrar med vil behandles konfidensielt og at anonymitet er sikret. Jeg vet at jeg når som helst har rett til å trekke meg fra å delta i prosjektet.

Jeg samtykker i å delta i prosjektet:

Underskrift.....

Dersom det er aktuelt sier jeg meg også villig til å la meg intervju med tilleggsspørsmål. I den forbindelse kan jeg kontaktes på dette telefonnummer:

Telefonnummer.....

Underskrift.....

Spørsmål kan rettes til: Jorunn Honnemyr

### **Vedlegg III**

#### **INTERVJUGUIDE (For de som har erfaringskompetanse)**

##### **Tema**

Psykisk helse, mestring og medikamenter

##### **Forskningsspørsmål /hovedtema:**

- Hvordan kombineres den medisinske tenkningen og medikamenter med de nyere perspektiver og tenkning hvor konteksten, relasjonen og dialogen blir sett på som viktig og helbredende?
- Hva slags personlige egenskaper og fagkunnskaper opplever psykiske helsearbeidere som viktige i en behandlingsrelasjon?
- Hva legger deltagerne i begrepet mestring av psykisk og hvilke ulike elementer påvirker denne mestringen?
- Makt kan sees som et sentralt element i alle relasjoner. Hva er deltagerens perspektiv på hva som er en hensiktsmessig måte å forholde seg til makt i en behandlingsrelasjon?

##### **Intervjuspørsmål:**

- I hvilken grad opplevde du at du kunne bestemme og påvirke behandlingen rundt deg?
- Hvilken fagkunnskap tenker du er viktig i en behandlingsrelasjon, i forhold til mestring av psykisk helse?
- Hva tenker du er viktige faktorer i en behandlingsrelasjon?
- Hva tenker du om begrepet mestring av psykisk helse?
- Hvilken betydning har relasjonen for mestring av psykisk helse?
- Enkelte vil hevde at det er viktig og fokusere på tro og håp for å bli frisk mens andre understreker viktigheten av å lære seg å leve med psykisk lidelse. Hva tenker du omkring dette?
- Hvilke fordeler og ulemper tenker du det er i forhold til det å gi og få en ”diagnose”, som et verktøy i behandlingsprosessen?
- Hvilken betydning mener du tid og varighet av behandlingen har i forhold til mestring av psykisk helse?

- I hvilke situasjoner og sykdomsforløp er det viktig å bygge relasjoner gjennom samtaler? Når er det andre elementer som er viktige?
- Hva er den gode samtalen for deg?
- Hvis vi tenker på makt i en behandlingsrelasjon; hvilke assosiasjoner får du da?
- Hvordan kombinere ulike behandlingsmåter med medikamenter?
- Hva er dine tanker om bruk av medikamenter? Hvordan har medikamenter hjulpet deg? Hvordan har de hindret deg?
- Hvem gir informasjon om medikamenter og hvordan blir virkning og bivirkninger fanget opp?
- Hva tenker du om medikamenter som ”livslang” behandling?
- Hva har hjulpet deg til å komme dit du er i dag? Hva har vært til hinder?
- Hva trenger du for å leve et godt liv slik du ser det i dag? Har det endret seg siden du startet i behandlingen? Hva har i så fall gjort at du har endret syn på dette?
- Når du tenker tilbake, hva skulle du ønske hadde vært annerledes i forhold til den hjelpen du har fått i løpet av din bedringsprosess?
- Hva kjennetegner en god hjelper og et godt hjelpeopplegg ut fra din erfaring?

## **INTERVJUGUIDE (For de som har behandlerrollen)**

### **Tema**

Psykisk helse, mestring og medikamenter.

### **Forskningsspørsmål /hovedtema:**

- Hvordan kombineres den medisinske tenkningen og medikamenter med de nyere perspektiver og tenkning hvor konteksten, relasjonen og dialogen blir sett på som viktig og helbredende?
- Hva slags personlige egenskaper og fagkunnskaper opplever psykiske helsearbeidere som viktige i en behandlingsrelasjon?
- Hva legger deltagerne i begrepet mestring av psykisk og hvilke ulike elementer påvirker denne mestringen?

- Makt kan sees som et sentralt element i alle relasjoner. Hva er deltagerens perspektiv på hva som er en hensiktsmessig måte å forholde seg til makt i en behandlingsrelasjon?

**Intervjuspørsmål:**

- I hvilken grad opplever du at du kan bestemme og påvirke behandlingen rundt en person?
- Hva legger du i ordet livskrise?
- Hvor går grensen mellom normale livskriser og psykisk lidelse?
- Hvilken fagkunnskap tenker du er viktig å ha i en behandlingsrelasjon i forhold til mestring av psykisk helse?
- Hva tenker du er viktige faktorer i en behandlingsrelasjon?
- Hva tenker du om begrepet mestring av psykisk helse?
- Hvordan bekrefte/mobilisere pasientens egen mestringsevne?
- Hvilken betydning har relasjonen for mestring av psykisk helse?
- Enkelte vil hevde at det er viktig og fokusere på tro og håp for å bli frisk? Mens andre understreker viktigheten av å lære seg å leve med psykisk lidelse. Hva tenker du omkring dette?
- Hvilke fordeler og ulemper tenker du det er i forhold til diagnose?
- Hvilken betydning har tid og varighet av behandlingen i forhold til mestring av psykisk helse?
- I hvilke situasjoner og sykdomsforløp er det viktig å bygge relasjoner gjennom samtaler? Når er det andre elementer som er viktige?
- Hva er den gode samtalen for deg?
- Hvis vi tenker på makt i en behandlingsrelasjon; hvilke assosiasjoner får du da? Hvordan håndterer du maktaspektet og hvordan kan dette komme til uttrykk i en relasjon?
- Hvordan kombinere ulike behandlingsmåter med medikamenter?
- Når oppfatter du det som nyttig å bruke medikamenter?
- Når motiverer du til å bruke medikamenter og når motiverer du ikke til å bruke medikamenter i forhold til mestring av psykisk helse?
- Hvem gir informasjon om medikamenter og hvordan blir virkning og bivirkninger fanget opp?
- Hva tenker du om medikamenter som ”livslang” behandling?

