

Hva hjalp meg ?

En studie om å komme seg fra alvorlige psykiske lidelser.



Foto. Wiktor Berg 2007

Masteroppgave i sosialt arbeid
Wiktor Berg
SA 3209.00
Høgskolen i Bodø
Avdeling for samfunnsfag
2007

SAMMENDRAG

”Hva hjalp”, er en masteroppgave i sosialt arbeid ved Høgskolen i Bodø.

Alvorlige psykiske lidelser som schizofreni er blitt forstått som kroniske og nærmest uhelbredelige lidelser. Nyere forskning viser at ca. 25 % oppnår full symptomfrihet, ca 50 % får en betydelig bedring mens ca. 25 % utvikler en kronisk tilstand.

Schizofreni oppfattes i dag som en heterogen lidelse og diagnostiske kategorier for å betegne bedring som remisjon og ”recovery”, er i ferd med å bli innlemmet i diagnosesystemene. Oppgavens teoretiske del fremstiller den klassiske forståelse av schizofreni, presenterer moderne forskning og belyser begreper som er tatt i bruk for å beskrive bedring.

Sju personer som har overvunnet en alvorlig psykisk lidelse er intervjuet om sin bedringsprosess. Problemstilling for studiet har vært; Hva har vært betydningsfulle faktorer i bedringsprosessen til mennesker som har hatt en alvorlig psykisk lidelse? ”

Søkelyset har i særlig grad vært rettet mot deres hverdagsliv, hvilke personlige egenskaper har vært nyttige og hvilke mestringsmetoder er utviklet. Andre tema har vært i hvilken grad og på hvilken måte andre mennesker har hatt betydning og hvilken mening informantene tillegger sin sykdomsperiode.

Et hovedinntrykk fra intervjuene er at informantene selv har vært de sentrale aktører i sin bedringsprosess gjennom sin egeninnsats. Mange informanter har beskrevet vendepunkter hvor de har besluttet å overvinne sine psykiske plager.

For mange av informantene har foreldre, og i særlig grad deres mødre, hatt stor betydning som viktige støttepersoner. Av intervjuene fremkommer det videre på hvilke måter behandling og behandlere har bidratt til deres bedring.

ABSTRACT

”What helps”, is a master paper in social work at the Regional University of Bodø.

Serious mental illnesses such as schizophrenia have been understood as chronic and nearly untreatable illnesses. Recent research findings show that about 25% become free of symptoms, 50% show a marked improvement, while 25% develop a chronic condition.

This has had the consequence of how schizophrenia is now understood as a heterogenic illness and that the diagnostic categories which describe improvement, such as remission and “recovery”, are being included in the diagnostic systems. This article’s theoretic section presents the classic understanding of schizophrenia, recent research and highlights the terminology which has been taken in use to describe degrees of improvement.

Seven people whom have recovered from a serious mental illness have been interviewed regarding their recovery process. The approach to the problem has been; What has been important factors for these people who have recovered from a serious mental illness, with a special focus on their daily living, which personal characteristics have been useful and which coping strategies have they developed. Other topics have been to which degree and in which way other people have been important. And what do the interviewees think themselves regarding the period they were ill.

A main impression from the interviews has been that the interviewees themselves have been central in their own recovery process. Many interviewees have described a turning point, where they decided to conquer their mental illness.

For many of the interviewees their parents, especially mothers, have been important support persons for them. From the interviews it emerged also how the treatment and the therapists have contributed to their recovery.

INNHOOLD

1. Forord	4
2. Innledning	10
2.1. En kort presentasjon av oppgavens struktur.....	10
2.2. Valg av tema og problemstilling.....	12
3. Teoripresentasjon	
3.1. Er alvorlige psykiske lidelser kroniske og uhelbredelige?.....	15
3.2. Degenerasjonsteorier.....	15
3.3. Kronisitetsparadigmet.....	16
3.4. Hvor vanlig er schizofreni?.....	17
3.5. Blir flere mennesker restituert i dag?.....	18
3.6. Er schizofreni en degenerativ lidelse?.....	19
3.7. Forhold som kan påvirke utvikling av kronisitet.....	20
3.8. Behandlingspessimisme.....	21
3.9. Begreper for bedring.....	22
3.10. Forsøk på konsensus.....	25
3.11. Hvordan oversette recovery til norsk?	26
3.12. Kritisk drøfting av begrepene	27
4. Metode	
4.1. Vitenskapsteoretisk plattform.....	32
4.2. Refleksjon over egen forskerrolle.....	33
4.3. Utvalg.....	34
4.4. Utvalgets spredning.....	35
4.5. Datainnsamling.....	36
4.6. Transkibering.....	36
4.7. Ethiske overveielser.....	36
4.8. Drøfting av studiens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.....	36
4.8.1. Er metoden egnet?.....	37
4.8.2. Er informantene pålitelige?.....	38
4.8.3. Transipssjonens pålitelighet.....	38
4.8.4. Intervjuerens kvalifikasjoner.....	39
4.8.5. Kontroll av analysens pålitelighet.....	39
4.8.6. Generaliserbarhet	39
5. Analyse av studiens resultater	
5.1. Metode.....	42
5.2. Presentasjon av studiens funn	44
5.2.1. Resymé.....	44
5.2.2. Egen innsats.....	45
5.2.3. Vendepunkter.....	50
5.2.4. Foreldres betydning.....	53
5.2.5. Behandling og behandlere.....	55
5.2.6. Medisin	62
5.2.7. Andre personer.....	64

6. Tolkning

6.1.	Innledning.....	66
6.2.	Symbolisk interaksjonisme.....	66
6.3.	Eget grunnsyn.....	67
6.4.	Sosialt arbeid som fag.....	68
6.5.	Aktør i eget liv.....	68
6.6.	Dialoger med seg selv.....	69
6.7.	Er det en mening med det hele?.....	71
6.8.	Avgjørende øyeblikk.....	72
6.9.	Identitet.....	72
6.10.	Noen gikk ikke av vakt.....	78
6.11.	Håp.....	80
6.12.	Avslutning.....	82

7. Drøfting og diskusjon

7.1.	Korrigerer av egen forforståelse.....	83
7.2.	Hva har andre funnet?.....	83
7.3.	Endringer finner sted i hverdagen.....	84
7.4.	Å overvinne overmakten.....	85
7.5.	Syk eller i bedring?.....	86
7.6.	Empowerment.....	87
7.7.	Resilience.....	88
7.8.	Alene er en sterk, men sammen er vi sterkere.....	89
7.9.	Mening.....	89
7.10.	Asylet – møtested eller tilfluktsrom?.....	90
7.11.	Diagnose – skam eller åpenbaring?.....	90
7.12.	Behandler – menneske eller en rolle?.....	93
7.13.	Sluttord.....	95

Appendix

Analyseprosessen vist med eksempel fra materialet

Common elements of recovery (Davidson, Larry – Harding Courtenay – Spaniol Le Roy. Recovery from Severe Mental illnesses. Research Evidence and Implications for practice.)

Godkjenning fra klinikkssjef ved Salten Psykiatriske Senter

Tilråding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Godkjenning fra Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge.

Forespørsel om å delta i intervjuundersøkelse.

Informasjonsbrev

Sletting av opptak

1. FORORD

”Hva hjelp” er en mastergradsoppgave i sosialt arbeid ved Høgskolen i Bodø.

Oppgavens første del er en teoripresentasjon hvor det redegjøres for teorier som har dannet bakgrunn for forståelse av schizofreni som en kronisk tilstand. Nyere forskning som i vesentlig grad modifierer en slik forståelse presenteres. Videre belyses begreper som gjenspeiler resultatene av denne forskningen som diagnostiske kategorier, for ulike grader av bedring fra en alvorlig psykisk lidelse.

Oppgavens studie er en kvalitativ undersøkelse basert på intervjuer med syv personer som har hatt en alvorlig psykisk lidelse. Problemstilling for studiet har vært; Hva har personer som har hatt en alvorlig psykisk lidelse erfart som betydningsfulle faktorer i sin bedringsprosess? ” Fokus har i særlig grad vært rettet mot deres hverdagsliv, hvilke personlige egenskaper har vært nyttige og hvilke mestringsformer er utviklet. Andre tema har vært i hvilken grad og på hvilken måte andre mennesker har hatt betydning og hvilken mening informantene tillegger sin sykdomsperiode.

Formålet har vært å innhente kunnskap om hvilke faktorer som er assosiert med et positivt utfall av en alvorlig psykisk lidelse, gjennom å intervjuer personer som selv har overvunnet en slik tilstand. Ideen til oppgavens problemstilling har utviklet seg over flere år gjennom mitt arbeid som behandler ved en sengepost for voksne pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Det startet da jeg leste et hefte med tittelen ”Stemmer fra innsiden”,¹ som beskriver hvordan mennesker som hører stemmer, har kart å overvinne eller leve med disse.

Da jeg introduserte ulike mestringsmåter for pasienter med psykotiske plager, erfarte jeg raskt hvor dyktige og oppfinnsomme de selv var til å finne strategier som passet for dem.

En intensjon bak arbeidet med oppgaven har derfor vært å innhente kunnskap som kan videreformidles til andre. Jeg har altså ønsket å øke min samling av erfaringsbaserte mestringsstrategier.

¹ Fotnote. Hftet stemmer fra innsiden er skrevet av Paul Baker og utgitt av Stiftelsen Psykiatrisk opplysning. Hftet er en beskrivelse av arbeidet til selvhjelpsgrupper som kaller seg ”Hearing voices” på norsk oversatt til stemmehørere. Sentrale person innenfor disse gruppene er den nederlandske professor i sosial psykiatri Marius Romme og hans kollegaer Sandra Escher og Anne Streefland.

Perspektivet på psykiske lidelser oppleves i dag å rette seg mot enkeltindividet i større grad enn tidligere, da individets samspill med sine omgivelser hadde mer oppmerksomhet. Vektlegging av diagnostisering og evidensbasert behandling er eksempler på en slik dreining. Selv om økt individualisering har positive følger, blant annet ved strammere kriterier for diagnostisering og ved at spesifikke behandlingsprogrammer er utviklet, er det en risiko for at forståelsesrammer og behandlingsformer blir innsnevret. Som et supplement til økt individfokus, har oppgaven individets samspill med andre personer og systemer i fokus.

Gjennom videreutdanning i regi av SEPREP (Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser), ble jeg kjent med forskningsarbeidene til Marit Borg og Alain Topor. Jeg vil også nevne Arnhild Lauvengs bok ” I morgen var jeg alltid en løve”, som en viktig inspirasjonskilde til å ville vite mer, om hva som har hatt betydning i menneskers bedringsprosesser fra alvorlig psykisk sykdom. Min interesse for temaet har ført meg til flere seminarer hvor mennesker som har hatt psykiske lidelser har deltatt som foredragsholdere og deltakere. Her har jeg møtt mange spennende mennesker, som jeg både har lært mye av og som har inspirert meg til å søke ytterligere kunnskap.

Studien er basert på en erfaring av at det er mulig å bli restituert fra alvorlige psykiske lidelser. I tillegg til mitt ønske om økt kunnskap, ønsker jeg også til å bidra til at denne siden av psykiske lidelser blir presentert. Jeg ønsker også å formidle en grunnleggende likeverdig holdning til mennesker som har hatt en alvorlig psykisk sykdom.

Min kontekst er et sykehussystem. Av prinsipielle grunner velger jeg derfor å betegne mine informanter som pasienter og ikke klienter eller brukere. For noen har betegnelsen psykiatrisk pasient en negativ klang. Jeg ser imidlertid ingen grunn for at ikke mennesker som mottar psykiatrisk behandling skal ha samme rett til å være pasienter, som mennesker som får behandling for somatiske lidelser. Personlig assosierer jeg noe moralistisk og nedlatende ved å omtale noen som bruker av en sykehusseng. Skal pasienter i et psykiatrisk sykehus ha brukerrettigheter, mens somatiske pasienter har pasientrettigheter, etter pasientrettighetsloven?(Lov om pasientrettigheter 2 juli 1999)

Jeg benytter også ordet syk, med samme begrunnelse. Det oppleves kunstig å ikke betegne mennesker som er innlagt i sykehus som syke. Jeg har også opplevd at pasienter og deres pårørende opplever det frigjørende og skyldreduserende å kunne få bruke betegnelsen syk.

I mitt masterstudium i sosialt arbeid har jeg så langt mulig inkludert tema og problemstillinger knyttet til psykiatri. Jeg anser mastergradsstudiet som en videreføring av mine tidligere videreutdanninger (SEPREP og Psykiatrisk sosialt arbeid ved Høgskolen i Trondheim 1995) Det har vært meningsfullt og inspirerende å avslutte denne utdanningsprosessen med å forske på bedringsprosesser.

Jeg skylder mange en stor takk for å ha fått anledning til å gjennomføre studiet og skrive denne oppgaven.

Hjertelig takk til:

-Ledelsen ved Salten Psykiatriske senter (SPS), som har innvilget permisjoner for å delta i undervisning og for å utarbeide masteroppgaven.

-Kollegaer ved SPS og ansatte ved Psykiatrisk Dagsenter som har rekruttert informanter. - Seksjon for kunnskapsbygging og kompetanseheving, ved Nordlandssykehuset HF for økonomisk støtte til masterutdanningen, og spesielt for å gi anledning til å delta på en ukes skrivekurs på den greske øya Lesvos.

-Lærere og foredragsholdere ved Høgskolen i Bodø for lærerik undervisning og oppmuntring.

-Førstelektor Asgeir Solstad, som har vært min veileder og har kommet med nyttige innspill og utfordringer, har stilt de vanskelige spørsmålene og ledet meg gjennom skriveprosessen på en aldeles utmerket måte. En stor takk til deg Asgeir.

-Sosionom og forsker Ulla Karin Schøn i Stockholm, som våren 2006 avsatte tid og raust delte av sine erfaringer som deltaker i Alain Topors forskningsprosjekter

-Avdelingssjef ved Salten Psykiatriske Senter (SPS) sjefspsykolog Randi Meland og leder for Psykoseteamet ved SPS psykologspesialist Kari Bøckmann for å ha lest gjennom oppgaven og gitt meg gode og konstruktive kommentarer.

- Journalist Trude Landstad, for å ha luket vekk de verste skrivefeilene, de gjenværende står jeg fullt ut ansvarlig for selv.

-Ian Dawson som har oversatt sammendraget til engelsk.

-Alle gode kollegaer på SPS, som i vår travle hverdag har unnet meg permisjoner, vært nysgjerrige og ønsket meg lykke til med arbeidet.

-Til sist, men ikke minst vil jeg rette en stor takk til mine informanter. Deres fortellinger har berørt meg dypt, jeg er imponert over den kraft dere har hatt for å kunne gjennomføre deres bedringsprosesser.

Jeg har så godt jeg har kunnet forsøkt å videreformidle den styrke, klokhet og livsglede ² dere har formidlet, gjennom deres fortellinger.

² Forsidebildet er tatt på Store Åselitind 1100 m.oh. Jeg tilegner det til dere, som et symbol på uovervinnelig livskraft.

2. INNLEDNING

2.1. En kort presentasjon av oppgavens struktur.

Kapittel 1. Forord.

I forordet orienteres det om egen faglig- og personlig bakgrunn for prosjektet.

Kapittel 2. Valg av tema og problemstilling.

Her redegjøres det for forskningsmessig og faglig bakgrunn for valg av tema og problemstilling.

Kapittel 3. Teoripresentasjon.

I dette kapitlet belyses det hvordan alvorlige psykiske lidelser er blitt forstått i moderne psykiatri, med særlig vekt på schizofreni. Det redegjøres for nyere forskning omkring utbredelse og forløp. Schizofreni er valgt da denne lidelsen vanligvis oppfattes som den mest alvorlige av de psykiatriske diagnosene.

Å forstå den teoretiske bakgrunn for den pessimisme som har rådet og fremdeles eksisterer for denne lidelsen, er vesentlig for å kunne utvikle en annen forståelse og. Disse teoriene står i klar kontrast til informantenes fortellinger om sin bedring og tydeliggjør behovet for å utvikle nyere forståelsesmodeller for forløp og utfall av alvorlige psykiske lidelser.

Kapittel 3. Begreper for bedring.

I kapitlet fremstilles og drøftes begreper som er i bruk for å betegne positive utfall av alvorlig psykisk sykdom. I kapitlet beskrives innhold og kriterier for begrepene ”remisjon og recovery, som ofte anvendes for å beskrive godartede forløp av sykdommer. Kapitlet gir også innblikk i hvordan det innenfor det psykiatriske fagfeltet søkes å oppnå konsensus om begreper og diagnostiske karakteristikk, på bakgrunn av nyere forskning omkring forløp og utfall av psykiske lidelser. Styrker og svakheter ved disse begrepene, samt praktiske begrensninger og muligheter for deres anvendelse drøftes.

Kapittel 4. Metode.

Her beskrives studiens utvalg og hvordan studien er gjennomført. Eget vitenskapsteoretisk ståsted presenteres og det reflekteres over forskerrollen. Studiens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet drøftes.

Kapittel 5. Analyse.

I oppgavens analysekapittel gis det en beskrivende fremstilling av studiens resultater organisert i kategorier som betegner gjennomgående trekk i disse. I fremstillingen er det lagt vekt på å beskrive hva informantene og andre konkret har gjort i sin bedringsprosess, ved å bruke autentiske sitater som illustrerende utsagn. Denne formen er valgt for å best mulig bidra til økt kunnskap om subjektive faktorer i bedringsprosesser, slik det henvises til oppfordringer om i kapittel 2.

Kapittel 6. Tolkning.

I dette kapitlet tolkes det analyserte materialet med hovedvekt på det samfunnsfaglige perspektivet ”symbolsk interaksjonisme”. Dette perspektivet ble valgt for å knytte studien til sosialt arbeids teorigrunnlag og holde forbindelse til studiens subjektive og hverdagslige kontekst. Perspektivet ble i løpet av skriveprosessen til en fruktbar forbindelse mellom samfunnsvitenskap og psykologi.

Kapittel 7. Sluttord.

Her reflekterer jeg over hvilken betydning arbeidet med oppgaven har hatt for egen del som sosionom og behandler.

2.2 . Valg av tema og problemstilling.

Forskning omkring psykiske lidelser har gjennom tiden reist mange hypoteser og teorier om mulige årsaksforhold. Den har imidlertid i liten grad kunnet frembringe sikker viten om hvorfor noen utvikler psykiske lidelser. Nyere hjerneforskning har gitt betydningsfull kunnskap om nevrobiologiske og nevropsykologiske aspekter særlig forbundet til schizofreni og bipolare lidelser. Innenfor behandlingsforskningen har det også skjedd store fremskritt, gjennom utvikling av moderne forståelsesmodeller og behandlingsformer. Nyere medisiner som gir mindre plagsomme bivirkninger har også gjort sykdomsperiodene lettere.

Fra forskning og generell klinisk praksis finnes det betydelig kunnskap om årsaker til forverring av psykiske lidelser. Tidlig seponering av medisin og høyt emosjonelt stress er eksempler på dette. En vet imidlertid langt mindre om hva som har betydning for de mer godartede forløp.

I Norge er økt brukermedvirkning en av de viktigste satsningsområdene innenfor psykisk helsevern. (Opptappingsplanen for psykisk helse. - St. Meld.nr.63. 1997-98)

For å kunne realisere denne målsetting og utvikle en hensiktsmessig brukerdeltakelse, er det viktig å vite hva brukere selv mener bidrar til bedring. Skjønnlitterære bøker og selvbiografier av forfattere som selv har hatt alvorlig psykisk sykdom har gitt verdifulle innsyn i bedringsprosesser. Det foregår også en betydelig forskning for å finne ut hvilke faktorer som er forbundet med gode prognoser. Internasjonalt er det forskningsarbeidene til Courtenay Harding fra USA som er mest kjent. I Skandinavia har Alain Topor fra Sverige og Marit Borg fra Norge frembrakt betydningsfull kunnskap gjennom sin forskning.

Topor hevder det er en risiko for at forskning på bedring kan få et for sterkt ideologisk preg og bli en oppsummering av faktorer som de fleste ville opplevd positive, som empati, støtte og håp. En slik forskning vil ikke kunne gi innsikt i på hvilken måte disse faktorer konkret har betydning, heller ikke i hva som gjør at noen opplever bedring og andre ikke (Topor 2001). Han henviser til Strauss et.al.1985, som hevder at vanlige medisinske forskningsmetoder ikke er egnet til å undersøke et så komplekst forskningsfelt som bedring fra alvorlige psykiske lidelser. Det oppfordres derfor til økt forskning på subjektive faktorer for å kunne utvikle kunnskap og modeller som kan fremstille denne kompleksiteten.

En annen grunn til behov for økt forskning er å kunne utvinne kunnskap fra ulike kulturelle og sosiale kontekster. (Topor 2001 s.155-156)

Dette forskningsprosjektet er ment å være et bidrag til konkret og subjektiv kunnskap. Ved å gjenspeile møter med personer som har kommet seg fra en psykisk lidelse, i den lokale kontekst jeg selv befinner meg i, har jeg også forsket i min egen kultur. Søkelyset har vært rettet mot hva mennesker gjør når de er i bedring. Hvordan ser bedring ut? Hva har vært betydningsfullt for dem, særlig med tanke på hvordan de selv har bidratt og hvilke personlige egenskaper som har vært viktige? Har andre mennesker spilt viktige roller i deres bedring? Jeg har også vært nysgjerrig på om den behandling de har fått har vært til hjelp og på hvilken måte? Har de utviklet måter å mestre symptomer og vansker på, som andre kan ha nytte av? Hvordan ser de på sin sykdomsperiode, hvilken forståelse og mening knytter de til denne perioden og hvordan vurderer de sine liv nå?

Spørsmålsstillingene berører mange områder som hver for seg er egnet for nærmere studium. I intervjuene fremkom det også mange andre tema og problemstillinger som det har vært fristende å forfølge. Siden studien er en masteroppgave i sosialt arbeid, forventes det kanskje at søkelyset har vært rettet mot sosiale forhold som omgir og har innvirkning på mennesker med alvorlige psykiske problemer. Antagelsen kan bekreftes, men fokus har vært betydelig snevrere enn det breddesyn som ligger implisitt i begrepet sosiale forhold eller sosiale betingelser. I et sykehus møter en sine pasienter ansikt til ansikt. I oppgaven er dette perspektivet rendyrket. Kunnskap er søkt i dybden fremfor i bredden. Informanten og dennes sosiale relasjoner har vært det sentrale. Dette har selvsagt ført til at andre innfallsvinkler og problemstillinger er kommet i bakgrunnen. Det betyr selvsagt ikke at disse er uten betydning, men i denne studien er det menneskers subjektive forståelse og nære relasjoner som er det sentrale. Som sosionom og behandler ved et psykiatrisk sykehus er dette mitt primære fokus.

I oppgavens teoripresentasjoner er det vektlagt å fremstille kunnskap som menes viktig, sett i lys av et individuelt perspektiv. Å forstå bakgrunnen for stereotype og pessimistiske holdninger er viktig om en skal forandre dem. Grunnlaget for å forandre disse ligger i kunnskapen om at mange blir bedre. Det er derfor tatt med en kort redegjørelse for dagens kunnskap på dette området.

I det psykiske helsevesen anvendes diagnoser som kan ha stor betydning for menneskers liv. Det ligger derfor et stort etisk ansvar i å anvende disse definisjonene.

En betingelse for å kunne oppfylle dette ansvaret er å kjenne til betydningen av dem. For mange mennesker antas det å ville ha stor betydning å kunne bli anerkjent som ”friskmeldt” fra sin tidligere lidelse. I oppgaven presenteres og diskuteres av denne grunn diagnostiske kategorier for å beskrive ulike grader av bedring.

3. TEORIPRESENTASJON

3.1. Er alvorlige psykiske lidelser kroniske og uhelbredelige?

I dette kapitlet blir det belyst hvordan alvorlige psykiske lidelser vanligvis er blitt forstått innenfor moderne psykiatri og hva som er grunnlag og bakgrunn for den utfalls pessimisme som fremdeles omgir mange av disse diagnosene.

Jeg har lagt størst vekt på å undersøke hvordan schizofreni er blitt forstått, siden det er forsket mye på denne lidelsen. Schizofreni regnes å være den dominerende og mest kjent av de alvorlige psykotiske lidelsene. Den kan derfor antas å ha stor innflytelse på forestillinger om psykisk sykdom, både innenfor og utenfor det psykiske helsevern. Ifølge Alain Topor er det ikke avgjørende forskjeller mellom ulike psykiske lidelseskategorier når det gjelder bedringsprosesser.

”Innsikt og kunnskap fra forskning omkring schizofreni antas derfor å ha betydelig overføringsverdi og i stor grad kunne være illustrerende for hvordan alvorlig psykisk sykdom generelt oppfattes” (Topor 2001 s.151).

3.2. Degenerasjonteorier.

I den psykiatriske faglitteraturen ansees Emil Kraepelin (1856 – 1926), tysk professor i psykiatri, å være den som har hatt sterkest innflytelse på hvordan alvorlig psykisk sykdom er blitt forstått i moderne tid. Han var en foregangsmann for den deskriptive psykiatri og nedla et stort arbeide i å beskrive og systematisere psykiske lidelser.

Kraepelin oppfattet schizofreni som en organisk sykdom og så et livslangt forløp preget av snikende progressiv forverring og kronisitet som karakteristisk. ”I sitt materiale fant han et gunstig forløp av sykdommen bare hos 13.5% (Malt, Rettersdøl og Dahl. 2003).

Hans betegnelse dementia praecox har vært utgangspunkt for den etiologiske forståelse av lidelsen. Dette er en videreføring av Benedicte Morells begrep ”dementia juvenile”, som han senere endret til dementia praecox. Disse benevnelsene er illustrerende for den såkalte ”degenerasjonslæren hvis innhold kan illustreres gjennom 9 antatte sluttstadier definert av Kraepelin. ”Cure with defect, simple deterioration, imbecility, hallucinatory deterioration,

hallucinatory insanity, dementia paranoids, flighty, silly deterioration, dull, apathetic deterioration” (Deterioration - forringelse, svekkelse)”³ (Malt, Retterstøl og Dahl 2005)

Foruten Kraepelins teori om en gradvis og irreversibel utvikling mot økt sløvhets og svekkelse av følelses og viljeslivet, støtter degenerasjonslæren seg på to andre hjørnesteiner. Den andre er betegnelsen Hebefreni, som tyskeren Ewald Hecker i 1871 gav til den formen som rammet unge (ungdomssløvsinn). Hebefren er utledet av Hebe, ungdommens gudinne i gresk mytologi. Den tredje hjørnesteinen er begrepet katatoni lansert av Karl Ludwig Kahlbaum i 1874. Katatoni er tilstander preget av sterk uro eller ekstrem passivitet. Tilstanden forekommer sjelden i dag, men var mer vanlig tidligere og kunne arte seg slik at pasienten ble ubevegelig og sengeliggende over flere måneder. Eugen Bleuler (1857 – 1939) som også var en av pionerene i moderne klinisk psykiatri, var mer optimistisk omkring utfallet av schizofreni. Han var ikke enig i at sykdommen alltid startet i ung alder. Han vektla splittelsen av de psykiske funksjoner og konstruerte betegnelsen ”schizofreni” (spaltet sinn). Han definerte ”cure” som ”restitutio ad integrum ” (tilbakevendelse til tilstand før sykdomsutbruddet). Kraepelins og Bleulers arbeider har fremdeles stor innflytelse innenfor klinisk psykiatri, eksempelvis i diagnosesystemene ICD-10 og DSM IV. (Malt, Rettersdøl og Dahl. 2005).

3.3. Kronisitetets paradigmet

Foruten degenereringsteorien som innebærer en nærmest uhelbredelig kronisitet, som med tilnærmet lovmessighet forløper fra en første til en siste fase av emosjonell og intellektuell svekkelse, henviser Topor til Lantereri og Laura, som utpeker ytterligere to årsaker til utviklingen av det en kan kalle et ”kronisitetets paradigme” for alvorlige psykiske lidelser.

- Utbyggingen av de store institusjonene skapte avhengighet av å ha et stort antall pasienter sysselsatt i landbruksproduksjon. Langvarige innleggelse i slike institusjoner gjorde det også vanskelig å tilpasse seg til samfunnet utenfor institusjonen og medførte at mange ble værende innenfor institusjonene.
- En nyvekket interesse for demenstilstander på grunn av en kraftig økning i antall eldre som følge av bedre levekår. Dette førte til et økt antall demente og dermed økt oppmerksomhet og interesse for demens. Demensutvikling ble en modell for forestillingene om konisitet (Lantereri og Laura 1979 i Topor 2001).

³ I ettertid hevdes det som sannsynlig at bakgrunnen for dette var at Kraepelin møtte pas. med en helt annen sykdom, beskrivelsen passer for Encephalitiis lettargicia - Letargi sovesyke – dvale (Malt, Retterstøl og Dahl 2005)

3.4. Hvor vanlig er schizofreni?

I oversiktsartikler over internasjonal forskning varierer innsidens (angir antallet nye tilfeller i en gitt populasjon innen et gitt tidsrom, vanligvis et år.) av schizofreni mellom 5,5 og opp mot 100 pr 100 000 (McGrath). Ulike diagnostiske kriterier påvirker nøyaktighet og sammenlignbarhet i disse studiene. (Rund 2005)

En av årsakene til at schizofreniforskningen gir motstridende resultater og dermed fremstår forvirrende, skyldes at det i 1980, ved fjerde utgave av det amerikanske diagnostiske systemet, DSM, ble innført en vesentlig smalere definisjon av schizofreni enn tidligere. Systemet er i vesentlig grad basert på en forståelse basert på Kraepelins begrep "dementia praecox"

Complete remission (i.e. a return to full premorbid functioning) is probably not common in this disorder" (DSM IV)

Statistisk sett innebærer den strenge definisjonen i DSM IV,- at det for hver person som fyller kriteriene for en streng definisjon av schizofreni, finnes 4 som tilfredsstill den tidligere bredere definisjonen. (Torgalsbøen i Rund 2005)

Torgalsbøen hevder at et system som bevisst ekskluderer pasienter som kommer seg, gir et feilaktig bilde av helbredelsespotensialet ved schizofreni

Denne smale definisjon er etter hennes oppfatning ikke i overensstemmelse med de forskningsresultatene som gir evidens for at full restituering ved schizofreni er mulig, selv om det skjer sjelden. (Torgalsbøen i Rund 2005)

Den største og viktigste epidemiologiske studien av schizofreni ble utført av WHO i 1973. I denne ble innsidens beregnet til 12 / 100 000 pr. år. Denne innsidens er bekreftet i senere studier (Von Sivers 1983, Johannesen i Rund 2005)

I Norge antas livsrisiko for schizofreni å være 1 prosent, det vil si at anslagsvis 45-50 000 av Norges befolkning vil utvikle schizofreni i løpet av livet. Prevalens er et mål for hvor mange i en gitt gruppe som har sykdommen til enhver tid (punktprevalens), eller innenfor et gitt tidsrom (periodeprevalens). I en undersøkelse fra 1984 fant Lea en punktprevalens på 150/100 000 for innlagte og polikliniske pasienter i Rogaland. Uglestad og Gilbert oppgir en punktprevalens for Oslo i samme tidsrom på 250/100 000 innbyggere. (Johannesen i Rund 2005) Median debutalder hos menn er ca. 22 år og for kvinner 24 år. Da lidelsen ofte er langvarig, regnes schizofreni å være dyrere for samfunnet enn både kreftsykdom,

hjertesykdom og revmatiske lidelser. De samlede kostnader (stipulert i 2005) antas å være ca 5 milliarder kroner pr. år. I dette beløp er det beregnet både direkte kostnader til behandlings- og omsorgstiltak, samt indirekte kostnader knyttet til yrkesmessig uførhet og liknende. Om lag 2.5 prosent av det totale antall uføretrygdede i Norge har en schizofrenidiagnose.

I Norge er det fagmiljøet i Rogaland som i særlig grad har drevet forekomststudier av schizofreni. I tidsrommet 93-94 registrerte en alle nye pasienter med nydiagnostisert schizofreni og fant en innsidens på 16.5 /100 000 innbyggere. Til sammenligning fant en i tidsrommet 97-98 en innsidens på 25.5/100 000. Dette reflekterer resultatet av et intenst arbeid i Rogaland for å oppdage nye tilfeller, med tanke på å igangsette behandling tidlig.

3.5. Blir flere mennesker restituert i dag?

Fordi kriteriene for schizofrenidiagnosen har variert, er det vanskelig å sammenligne undersøkelser fra ulike tidsepoker. I noen undersøkelser er personer som responderte positivt på behandling tatt ut, da de i kraft av bedring ikke ble funnet å oppfylle vilkårene for schizofreni. En analyse av 85 oppfølgingsstudier ved schizofreni fra slutten av 1800-tallet og frem til 1985 foretatt av Warner 1994, viste at det ikke var signifikant forskjell på raten av full restituering på 1980 tallet sammenlignet med situasjonen hundre år tidligere. Iflg. Warner var andelen pasienter som viste bedring i perioden 1895 til 1955 -35,4 prosent. For perioden 1955 til 1985 økte andelen til 48.5 prosent. Økningen i antall pasienter som viste bedring i siste periode kan ha sammenheng med innføring av nevroleptika og generell bedre behandling, i takt med de generelt bedre økonomiske forhold i samfunnet. (Warner i Torgalsbøen –Rund 2005.)

Det som imidlertid er overraskende, er at den gjennomsnittlige raten av bedring har sunket til 36.4 prosent, i de siste tiårene (Hegarty et.al.1994 – i Torgalsbøen –Rund 2005.)

Reduksjonen kan ha sammenheng med at kriteriene for schizofrenidiagnosen er blitt smalere i diagnosesystemet DSM IV, som benyttes i USA. Selv om disse tallene ikke gir grunnlag for å trekke bastante konklusjoner, kan det virke som om innføring av nevroleptika og moderne behandling ikke har ført til at flere oppnår full restitusjon av schizofreni.

Både nye medisiner med færre bivirkninger, de endringene som har vært gjort innenfor sykehusbehandling og ikke minst utbygging av desentrale rehabiliteringstiltak, har imidlertid gjort tilværelsen langt lettere for mange mennesker med psykiske lidelser.

Blant forskere er det omdiskutert om forekomsten av schizofreni stiger, synker eller er stabil. Undersøkelser tyder på at det er betydelige variasjoner, hvor flere variabler spiller inn. Forekomsten synes å være økende i enkelte urbane strøk og minkende i landdistrikter. Det er også variasjoner innefor ulike populasjoner. Blant annet viser undersøkelser fra England, Sverige og Nederland økt forekomst hos annengenerasjons innvandrere. (Johannesen i Rund 2005)

Det er i hovedsak i dag enighet blant forskere om at Schizofreni er en hetrogen lidelse, og at en undergruppe på 20-25 prosent oppnår fullstendig symptomfrihet.

I metaanalyser anslåes det at om lag 25 % får kun en sykdomsepisode, mens 25 prosent får et livslangt forløp. De resterende 50 prosent har et forløp mellom disse to ytterpunktene (Hafner & Heiden 99 i Johannesen, Rund 2005).

3.6. Er schizofreni en degenerativ lidelse?

Synet på hvorvidt schizofreni er en degenerativ lidelse har variert. Frem til midten av forrige århundre var det krapelinske degenerative synspunktet rådende. Innføring av nyere antipsykotiske medikamenter og psykoterapi viste seg å kunne bedre tilstanden og førte til større behandlingsoptimisme, samt til at det ble stilt spørsmål ved degenerasjonsteorien.

I perioden 1980 -1990 ble det gjort flere undersøkelser som ikke viste at det foregikk noen forverring av de nevrokognitive forstyrrelsene under sykdomsforløpet. Dette ble tatt til inntekt for at det ikke foregår en degenerativ prosess i hjernen til mennesker som har schizofreni.

I de siste årene har imidlertid flere undersøkelser foretatt med MR (magnetresonans) vist til dels betydelige økninger i hjernens hulrom og tilsvarende skrumping av vitalt hjernevev i de første årene etter sykdomsdebut, hos noen personer som har utviklet schizofreni. Disse funn har igjen gjort spørsmålet om en degenerativ lidelse aktuelt. (Rund 2005)

Professor Bjørn Rishov Rund, som regnes for en nestor innen schizofreniforskning i Norge konkluderer slik i sin drøfting av dette spørsmålet;

" Vi kan ikke gi noe sikkert svar på om schizofreni er en degenerativ prosess, selv etter at temaet har vært debattert og forsket på i mer enn 100 år. Mye taler for at det ikke er en degenerativ lidelse. Det som tydeligst taler for at den ikke er det, er at langtidsstudier av nevrokognitive funksjoner gir et relativt entydig bilde av at funksjonssvikten ikke forverres over tid etter at sykdommen først har brutt ut."

(Rund 2005 s. 57.)

En annen hypotese som har vært debattert, er om det kan finnes flere typer schizofreni, en type med god prognose og en med dårlig prognose og klarere biologisk årsaksforankring. Rund åpner for at dette kan være en mulig bakgrunn for de inkonsistente funnene innenfor den MR-baserte nevrokognitive forskningen⁴. Han hevder at det er liten tvil om at en hos de fleste som utvikler schizofreni kan finne nevrokognitive forstyrrelser, selv om 35-40 prosent ikke har noen signifikant svikt i nevrokognitiv funksjon. Det vil si at de fungerer innenfor det som karakteriseres som normalvariasjon. Forløpsstudier har vist at de fleste som utvikler schizofreni tidlig har kognitive forstyrrelser og at det hos mange skjer et fall i kognitiv fungering like før sykdommen debuterer. Runds foreløpige konklusjon er at en kan finne forløpere for de kognitive forstyrrelsene relativt tidlig, og at disse utvikler seg gradvis i et sykdomsforløp. De psykotiske symptomene synes å forverre disse vanskene. Rund betegner denne utvikling som en skade i den nevralt utviklingen, som er der for resten av livet, men som ikke blir verre med tiden og best kan karakteriseres som en statisk encephalopati (hjernesykdom)⁵.

3.7. Forhold som kan påvirke utvikling av kronisitet.

Tilknyttet forståelse av en sykdomstilstand som kronisk, er det nærliggende å anta en kronisk årsak. I behandling av sykdommer som ansees kroniske vil det være en selvmotsigelse å ha helbredelse som mål. Symptomfrihet vil ut fra en slik forståelse forstås som tidsavgrensede stadier eller plataer. Det forventes med andre ord at sykdommen med betydelig sannsynlighet vil bryte ut på nytt. I senere år er det innenfor psykisk helsevern tatt i bruk begreper som har vært vanlige å benytte i forbindelse med kroniske somatiske sykdommer. Eksempler på dette er symptomdemping, symptomstring, livskvalitet, brukermedvirkning med mer.

⁴ Selv om de tre foregående avsnitt strengt tatt ligger langt utenfor sosialt arbeids tradisjonelle teorigrunnlag og –tilfang, anses det som betydningsfullt at sosialarbeidere som arbeider klinisk har et visst funksjonelt kunnskapsnivå på dette området, med tanke på å ha realistiske forventninger til behandling og eventuelt kunne korrigere behandlingsdefatisme grunnet i manglende kunnskap. (Pårørerende er ofte utrolig godt informert gjennom bla. internett. Og ord som hjerneskaade osv. kan gjøre at de oppfatter situasjonen mer alvorlig og mindre håpefull.)

⁵ Det skjer fortløpende genetisk og morfologisk forskning (forskning på strukturelle hjerneforandringer ved schizofreni) uten at det til nå er funnet grunnlag for å kunne trekke sikre konklusjoner (Rund 2005)

Det er rimelig å tro at slike begreper bidrar til samme dynamikk som den Goffman beskriver i sin stemplingsteori (Goffmann 1972)⁶ Dette vil innebære at både eget selv bilde og andres bilde av en, vil preges av de kulturelt dominerende forestillinger om galskap og kronisitet. Et individ som defineres som kronisk, vil lett kunne overta denne definisjonen av seg selv og forholde seg i samsvar med de forventninger som stilles til en i rollen som kronifisert. På tilsvarende måte vil personalets forståelse og forventninger til utfall bli påvirket. Dette kan igjen begrense deres innsats overfor vedkommende.

Arnhild Lauveng, som har hatt schizofreni, ble fortalt at hennes sykdom var å sammenligne med diabetes, den var livslang og hun måtte ta medisin resten av livet (Meddelelse i foredrag, Bodø juni 2007). Lauveng er symptomfri og bruker ikke medisiner, hun er utdannet psykolog og arbeider innenfor psykisk helsevern.

Å tilpasse seg en alvorlig psykisk sykdom, kan innebære å tilpasse seg de begrensninger sykdommen medfører i form av varierende funksjonsevne og usikre fremtidsutsikter, begrensede karrieremuligheter og ofte reduserte økonomiske og sosiale utsikter, samt bivirkninger av medisiner.

I psykiatriens historie er det lett å se hvordan forståelse av schizofreni som en kronisk sykdom har preget den behandling som er gitt og ført til passivisering og sterkt begrensede muligheter for livsutfoldelse for mange mennesker. Fra et slikt utgangspunkt er det videre relevant å anta at de uttrykk sykdommen har hatt, ikke bare kan forklares som et naturforløp, men også er resultat av en interaksjon med den behandling de ble tilbudt og forventninger som ble formidlet fra deres behandlere.

3.8. Behandlingspessimisme.

Forskning på alvorlige psykiske lidelser og klinisk erfaring har i hovedsak utgangspunkt i behandlingsinstitusjoner innenfor psykisk helsevern. Mange av pasientene som har deltatt har hatt høy symptombelastning og lavt eller varierende funksjonsnivå. De vil også ofte ha gjentatte og langvarige innleggelse i institusjon. Forskere og behandlere kommer i mindre grad i kontakt med mennesker som blir bedre på egenhånd eller etter kortvarig behandling. De møter også sjelden langtidssyke som blir bedre eller friske og klarer seg utenfor institusjonene.

⁶. Goffmanns stemplingsteori beskrives i oppgavens kapittel 7.9.

Forskere og behandlingspersonell møter dermed en selektert gruppe mennesker blant de alvorlig psykisk syke, noe som ifølge Topor kan forventes å påvirke både forskningsresultater og forestillinger om psykisk sykdom basert på klinisk virksomhet (Topor 2001).

Et annet moment som kan ha bidratt til behandlings pessimisme er vanskeligheten med å forklare psykiske vansker og problemene med å finne sammenheng mellom behandling og bedring (Topor 2001)

I neste kapittel belyses hvordan tilnærmet uhelbredelighet er innebygget i diagnosekriterier, noe som også kan forventes å påvirke en pessimistisk innstilling til mulighet for bedring eller helbredelse.(Topor 2001)

3.9. Begreper for bedring.

I den medisinske og psykologiske faglitteraturen har det vært vanlig å benytte begrepet remisjon for å betegne tilbakegang av symptomer eller bedring av en alvorlig sykdomstilstand eller lidelse. Begreper defineres som; *"foreløpig tilbakegang i et sykdomssymptom"*. (U-forlagets store medisinske ordbok 1998).

Ordet "foreløpig" kan forstås som å angi tilbakegang på et gitt tidspunkt, altså et stadium i utvikling mot full bedring. En analogi ville være et stadium i en influensatilstand, hvor feberen har gitt seg, men hvor pasienten fremdeles har en del symptomer som snue, hoste eller lignende. Begrepet oppfattes imidlertid å henseile på en forbigående bedring (Lademanns Læge leksikon (1977-1978). Det er derfor mer nærliggende å trekke en parallell til kronisitetetsbegrepet og forstå remisjon som en midlertidig bedring i en kronisk tilstand, hvor både tilbakegang, stagnasjon eller videre bedring er mulige videre utfall.

Anvendt på psykiske lidelser, knyttes begrepet både til fullstendig og delvis bedring.

Schizofrene lidelsers forløp kan være kontinuerlig eller episodisk med progredierende eller stabil defekt, eller det kan være en eller flere episoder med fullstendig eller delvis remisjon. (ICD -10)

I det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV defineres fullstendig remisjon som å vende tilbake til samme tilstand som før sykdommen brøt ut, noe som imidlertid ikke anses å være vanlig

(Complete remission (i.e.a.return to full premorbid functioning is) is probably not common in this disorder (DSM-IV)

Begge diagnosesystemene kan på dette grunnlag sies å være basert på en forståelse av schizofreni, primært som en kronisk og progredierende degenerativ sykdom.

Et annet begrep som kan ha tilsvarende eller samme betydning er "residual" som betyr noe som er tilbake (U-forlagets store medisinske ordbok 1998). Begrepet benyttes både i faglige diskurser, i faglitteraturen og av brukerorganisasjoner, og oppfattes til dels ulikt.

Både ICD-10 og DSM-IV har en kategori for residual tilstand, for å kunne gi en diagnostisk beskrivelse av personer som har oppnådd en vesentlig bedring av sykdommen. Kriteriene for å kunne bedømme om en person har oppnådd en residualtilstand er ganske like i begge systemene. Det kreves fravær eller sterk svekkelse av åpenbare psykotiske trekk i en periode på minst 12 måneder, men fordres tilstedeværelse av fremtredende negative symptomer. I ICD-10 er en slik residualtilstand, eksplisitt betegnet som et kronisk stadium av en schizofren lidelse. Beskrivelsen av tilstanden åpner imidlertid for en videre bedring ved at de negative symptomene ikke oppfattes som "nødvendigvis irreversible".

Også i DSM-IV systemet, som slik det er beskrevet ovenfor, i stor grad er basert på Krapelins forståelse av schizofreni som dementia praecox, er det en åpning for restitusjon som mulighet, selv om denne er negativt formulert, - som lite sannsynlig.

DSM-IV. Residual Type A. Type of Schizophrenia in which the following criteria are met:

- A. Absence of prominent delusions, hallucinations, disorganized speech, and grossly disorganized or catatonic behavior.
- B. There is continuing evidence of the disturbance, as indicated by the presence of negative symptoms or two or more symptoms listed in Criterion A for Schizophrenia, present in an attenuated form (e.g., odd beliefs, unusual perceptual experiences).

I ICD-10 er residual schizofreni definert slik;

Kronisk stadium i schizofreniutviklingen der det har vært en klar progresjon fra et tidlig stadium til et senere stadium, preget av langvarige, men ikke nødvendigvis irreversible, »negative« symptomer i form av psykomotorisk retardasjon, liten aktivitet, følelsesavflatning, passivitet og manglende initiativ, ordfattig eller

innholdsfattig tale, dårlig non-verbal kommunikasjon gjennom ansiktsuttrykk, øyekontakt, stemmemodulering og kroppsholdning, dårlige sosiale ferdigheter og dårlig evne til å ta vare på seg selv.

Det er nærliggende å hevde at det diagnostiske begrepet residual utgjør en operasjonalisering av begrepet remisjon. Nært knyttet til residual er begrepet residiv, som betyr tilbakefall. Ser en disse begrepene samlet, fremtrer den antatte midlertidighet av bedring i remisjonsbegrepet tydelig.

Andre begreper som er i bruk er delvis- eller socially remisjon og fullstendig eller full remisjon . Total or symptomatic recovery, social recovery (Liebermann et.al 2002, Warner 1985).

Torgalsbøen hevder at det ved å definere full remisjon som “ å vende tilbake til den tilstanden som eksisterte før schizofrenien debuterte”, ikke skilles mellom schizofreni som en psykisk lidelse og hvordan denne lidelsen påvirker personen som har den. I en slik forståelse ligger det at når de psykotiske symptomene blir borte, så fungerer personen slik den gjorde før sykdommen brøt ut. Hun hevder at en slik forståelse i liten grad er i tråd med de siste års forskning på etiologi, behandling og forløp, samt nyere innsikt i schizofreni som psykisk lidelse. Til det siste har ikke minst fortellinger og beskrivelser fra personer som selv har hatt schizofreni, bidratt.

Den amerikanske psykologen Patricia Deegan, som selv har hatt schizofreni, peker på at symptomreduksjon eller frafall ikke umiddelbart førte til at hun kunne fungere som før sykdommen. Hun sier *”Tilfriskningsprosessen dreier seg om den livserfaringen som funksjonshemmede mennesker får gjennom å godta og overvinne utfordringen i handikappet sitt. (Deegan 97)*

Et annet sitat som illustrere dette er *”Jag har återhamtad mig från den psykiska sjukdomen, men jag ar inte als samma person som jag var innan jag blev sjuk.*
(Kai Chau . i Bjørkmann – 2005 s.7)

I en oppsummering av tre ongitudinelle studier av mennesker som har blitt restituert etter schicofreni konkluder Torgalsbøen slik *”we found that full recovery from schizophrenia is possible , althoug rare. Moreover, even for those who have fully recovered from schizophrenia at a given point of time, a significant number will later experience a recurrence of the illness. (Torgalsbøen 2002 s. 316)*

Også i andre langtidsstudier av schizofreni er det trukket tilsvarende konklusjon, noe som iflg. Torgalsbøen gir evidens for at full restitusjon ved schizofreni er mulig. Hun benytter full remisjon som oversettelse av det engelske begreper Recovery. (Torgalsbøen i Rund 2005).

3.10. Forsøk på konsensus

Nyere forskning og den innsikt som er vunnet gjennom denne, har skapt behov for å utvikle enighet om begreper og kriterier for disse. Den amerikanske psykiaterforeningen oppnevnte i 2003 en arbeidsgruppe med oppdrag å utvikle konsensus om begreper og operasjonelle kriterier for disse.

Arbeidsgruppen foreslår å benytte begrepet remisjon for en tilstand med symptomer på et lav til mildt nivå, hvor slike grensepsykotiske eller milde symptomer ikke influerer på individets atferd. Remisjon defineres slik

” A state in which patients have experienced an improvement in core signs and symptoms to the extent that any remaining symptoms are of such low intensity that they no longer interfere significantly with behaviour and are below the threshold typically utilized in justifying an initial diagnosis of schizophrenia “.

(Andreasen, Nancy C. Carpenter, William T. Kane, John M. Lasser, Robert A. Marder, Stephen R. Weinberger, Daniel M. 2005)

For personer som i tillegg til å ha oppnådd symptomatisk remisjon også har et høyt funksjonsnivå, har gruppen valgt å bruke begrepet recovery.

“For a disorder such as schizophrenia , complete recovery implies the ability to function in the community, socially and vocationally, as well as being relatively free of disease-related psychopathology. Recovery is conceptualized, therefore, as a more demanding and longer term phenomenon than remission, consistent with the work of various research groups.” (Andreasen, Nancy C. Carpenter, William T. Kane, John M. Lasser, Robert A. Marder, Stephen R. Weinberger, Daniel M. 2005)

For å bestemme innhold i begrepet remisjon, har gruppen valgt å anvende fire utredningsinventorier (Scale for Assessment of Positive Symptoms SAPS – Assessment of Negative Symptoms (SANS - The Positive and Negative Syndrom Scale og Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)). For hver av disse instrumentene er det bestemt grenseverdier for ulike graderinger. Remisjon forutsetter at eventuelle symptomer er innenfor en mild forstyrrelse.

Inventoriene måler tre identifiserte dimensjoner ved schizofreni. Disse er negative symptomer, disorganisasjon og reslitetsforstyrrelse. Gruppen ble videre enige om at vilkårene for remisjon måtte ha vært oppfylt i minst seks måneder før diagnosen kunne settes.

Gjennom å definere begreper og utvikle kriterier, anvende operasjonaliserbare instrumenter for å bestemme om en person oppfyller disse, mener gruppen å ha utviklet en basis det er mulig å ha som utgangspunkt og sammenligningsgrunnlag for videre forskning.

I det videre vil jeg anvende og forstå begrepet remisjon synonymt med innholdet i konsensusforslaget, da dette ansees å være et vanlig begrep i Norge. Synonymt for recovery vil jeg bruke begrepet restitusjon, Jfr. Torgalsbøen. For å gjøre oppgaven mer lesbar benyttes også begrepene bedring, tilfriskning og å komme seg.

3.11 Hvordan oversette "recovery" til norsk?

Som tidligere beskrevet, forstås det engelske begrepet "recovery" i tråd med Torgalsbøen synonymt med begrepet "restitusjon" i oppgaven. Andre mulige synonyme og anvendbare begreper kunne vært "å bli frisk, bli helbredet, å friskne til, å gjenvinne helse, å komme seg, å bli rehabilitert. Mens ordet helbredet også kan assosieres til metafysikk og religion, er ordet "frisk" lett å knytte til somatisk sykdom og symptomatologi mens rehabiliteringsbegrepet kan oppfattes å vektlegge gjenoppretting av funksjoner.

Den amerikanske konsensus om innholdet i begrepet omfatter både symptomer, funksjon og funksjonsnedsettelse. I Sverige har Alain Topor valgt å bruke "Återhamting" synonymt med "recovery, på norsk er "restitusjon" det begrepet som kommer nærmest i betydningsinnhold. Andre begreper med nærliggende betydning er; bli bra- bli frisk, gjenopprette, bygge opp igjen, helbrede.

Begrepene på norsk som beskriver positiv utvikling av en sykdom, inkluderer i liten grad den enkeltes aktive medvirkning; eks. bli frisk,- bli helbredet.

Både det svenske ordet "Återhamting" og det engelske "recovery" knyttes sterkere til det enkelte individs aktive medvirkning.

Pathrichia Deagen har uttrykt både det å leve med sykdom og å aktivt bidra til sin egen bedring. dette aspektet slik.;

"It is very important for me to say, that, yes, I have a disability, but hat does not make me a disabled person. I have learned that it is possible to lead a worthy and healthy life despite my disability.

People often think that the two don't go together, but they're wrong. I have a psychiatric disability and lead a full and healthy life. I succeeded in this because I am working on my recovery. I believe that I will recover... One of the lessons that I had to learn was that recovery isn't the same as being cured. After having lived with my illness for 21 years, it hasn't gone away. I don't suppose that I will ever be cured, but I am recovering. Recovery is a process, not an end or goal. Recovery is an attitude, a way of getting through the day and tackling the challenges that come my way. ...Knowing what I can't do lets me see the numerous possibilities still open to me." (Deegan, i Wilken, Jean P. 2007)

Hun sier videre. Recovery er en prosess, en måte å leve på, en holdning og en måte å møte hverdagens utfordringer på. Det er ikke en fullstendig lineær prosess. Noen ganger er vår kurs uberegnelig og vi snubler, glir tilbake, omgrupperer og begynner igjen. Det avgjørende er å møte de utfordringer handikappet setter og gjenetablere en ny og verdifull følelse av integritet og formål, både innover og utover handikappets begrensninger; håpet om å leve, arbeide og elske i et samfunn som man kan gi sitt betydningsfulle bidrag til. (Deegan 1988)

Anthony har beskrevet recovery som;

"en dypt personlig, unik prosess som forandrer personens holdninger, verdier, følelser, mål eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, håpefullt og bidragende liv selv med de begrensninger som sykdommen forårsaker. Recovery innebærer utvikling av ny mening og formål i ens liv mens man vokser ut av den psykiske sykdoms katastrofale følger. (Anthony 1993)

3.12. Drøfting av begrepene.

Definisjonene av "remisjon og recovery", som er utarbeidet av arbeidsgruppen nedsatt av den amerikanske psykiaterforeningen, har bidratt til å klargjøre og presisere disse begrepene, samtidig som de har muliggjort sammenligning og forskning i større grad enn tidligere. Det er tilstrebet høy begrepsmessig validitet ved at det er fastsatt flerdimensjonale og målbare kriterier og satt grenseverdier for inklusjon og eksklusjon. De valgte kriterier er anerkjente kliniske utredningsinventorier for å kartlegge og måle psykopatologi. Begrepene kan derfor sies å være de til nå mest presise, klinisk objektive og generaliserbare medisinske kategoriseringer for bedring etter alvorlig psykisk sykdom.

Uttrykker begrepene dermed en sannhet om hvordan bedring fra alvorlig psykisk sykdom kan oppfattes og konseptualiseres? Jeg vil reise en del innvendinger mot innhold og anvendelse av disse begrepene, gitt at de amerikanske konsensusdefinisjonene legges til grunn.

Min første innvending er rettet mot selve "ideen" om å kunne utarbeide en konsensus om et så individuelt og subjektivt tema som bedring eller mental friskhet.

Den andre innvending er rettet mot de mulige feilkilder som kan oppstå ved anvendelse av kliniske kartleggingsinstrumenter, som mulighet for subjektive fortolkninger av svar.

En tredje mulig feilkilde kan være ulike fortolkninger av kriterier som eks.

"For a disorder such as schizophrenia, complete recovery implies the ability to function in the community, socially and vocationally, as well as being relatively free of disease-related psychopathology". (Andreasen, Nancy C. Carpenter, William T. Kane, John M. Lasser, Robert A. Marder, Stephen R. Weinberger, Daniel M. 2005 s.442)

Det er tenkelig at ulike personer vil ha ulike oppfatninger og vurdere ulikt hva det vil si å fungere i samfunns – og arbeidsliv og å være **relativt fri** (min utheving) fra sykdomsrelatert psykopatologi. Kriteriet kan videre kritiseres for å være tvetydig. Teksten kan oppfattes slik at eventuelle restsymptomer ikke skal være relatert til den tidligere og underliggende sykdom. Den kan også oppfattes at personen ikke skal ha andre symptomer som kan vurderes som sykdom. Eksempelvis depressive symptomer av et slikt omfang og en slik dybde at de oppfyller vilkårene for en depresjonsdiagnose.

En kan tenke seg at en person som har hatt schizofreni opplever og reagerer på et sterkt traume med psykose eller psykosenede symptomer? Skal disse symptomene oppfattes som et tilbakefall, eller som tegn på at bedring bare har vært en tilstand hvor schizofrenien har ligget i "dvale" og blitt aktivert av traumet? Eller kan en vurdere personens reaksjon og symptomer helt løsrevet fra hans tidligere schizofreni? Fra det siste perspektivet ville personens symptomer kunne bli oppfattet og behandlet som en normalreaksjon på en sterkt belastende hendelse. Det er lett å forestille seg at ulik oppfattning og fortolkning ville kunne ha stor betydning for hvordan denne personen ble møtt i et behandlingssystem.

Problematiseringene over tangerer en annen problemstilling. Hva vil det si å være psykisk frisk? Oppgaven pretenderer ikke å besvare dette spørsmålet, men to perspektiver som kan være nyttig for refleksjon rundt denne problemstillingen, trekkes frem.

Manfred Bleuler som var sønn til Eugen Bleuler, gjennomførte en av de mest omfattende oppfølgingsstudier av pasienter med schizofreni og deres pårørende. Han problematiserte de strenge kriteriene som Krapelin og hans far hadde stilt for å kunne bli vurdert som fullt restituert av schizofreni. Hans første innvending var at han mente at en ved streng bedømming kan finne psykotiske symptomer hos alle mennesker. I et slikt perspektiv ville de inngående studiene som ble gjennomført av disse kunne underkjenne alle mennesker som restituerte eller friske. Bleuler anså videre at schizofreni kunne være en måte å håndtere sitt liv på, og at tilstanden i en mild form kunne anses som en måte å leve på, i stedet for som en patologisk tilstand. Dersom en i tråd med Bleuler tenker at schizofreni ut fra en gitt kontekst kan være en adekvat måte å leve sitt liv på, og at det kan finnes schizofrene tegn hos alle mennesker, blir det problematisk å hevde at det skulle kunne foreligge en tilstand av fullstendig helbredelse, da en slik tilstand ikke eksisterer.

Bleuler hevder videre at en psykose er en så sterk opplevelse at alle mennesker ville være preget av den og ville ha vanskelig for å vende tilbake til et normalt liv. Bleulers oppsummering er derfor at vurdering og gradering av friskhet er en subjektiv vurdering. (Topor 2001). Bleuler kan oppfattes å få støtte for sine påstander fra nyere forskning som har vist at symptomer som hallusinasjoner og sansebedrag er langt mer utbredt i den generelle befolkningen enn tidligere antatt, og at disse eksisterer som et kontinuum fra lette forstyrrelser til invalidiserende plager. Det er altså ikke i tråd med disse undersøkelsene å trekke et klart skille mellom å ha schizofreni og å fungere normalt.

Bentall henviser blant annet til van OS, Hanssen, Bijl&Ravelli, når han hevder;

“These symptoms exist on a continua with more munduane types of expirience.”

Med henvisning til Clarigde,1990 hevder han videre.

“it is misleading to draw a clear line between ”schizofrenia” and normal function”. (Bentall 2007).

I sin artikkel redegjør han også for forskning som viser at også milde bipolare symptomer er vidt utbredt, og at hypomane personlighetstrekk er tilnærmet normalt fordelt i befolkningen.

Dersom de amerikanske konsensusdefinisjonene får innpass som diagnoser, kan en hevde at det oppstår et tilsynelatende paradoks, ved at det kan stilles diagnose på en sykdom en ikke lenger har. Denne tvetydighet kan oppfattes som å implisitt opprettholde en oppfatning av at personen fremdeles har en kronisk sykdom, men at denne for tiden er i dvale.

Hvis diagnoser imidlertid oppfattes som et kommunikasjonssystem, vil diagnosen innebære at pasientens og hans lege blir informert fra spesialisthelsetjenesten om at vedkommende ikke lenger har tegn på sykdommen. Den kan altså oppfattes som en "friskmelding".

For å få en slik diagnose må imidlertid personen være i behandling eller reetablere en behandlingssituasjon, enten gjennom innleggelse eller poliklinisk behandling.

I praksis vil det første alternativet være lite aktuelt da en pasient neppe ville få oppholde seg i et sykehus over en periode på seks måneder uten symptomer på en alvorlig psykisk lidelse.

Det andre alternativet er heller ikke særlig realistisk, da det vil innebære at personen selv søker hjelp for psykiske plager som han ikke har. Det gjenstår en mulighet for at personen oppsøker behandling for andre og lettere psykiske plager enn de han tidligere hadde.

En kan imidlertid tenke seg en ordning hvor personer som har fått diagnosen schizofreni ble innkalt til regelmessige vurderinger.

På tross av at det kan reises kritikk og innvendinger mot de amerikanske konsensusdefinisjonene av begrepene "remission og recovery", kan en se disse som uttrykk for en vesentlig dreining fra en oppfatning av schizofreni som en kronisk og degenerativ sykdom, samt at resultater fra forskning er blitt ratifisert av det kliniske medisinske miljø.

En annen gruppe som i særlig grad har tatt i bruk begrepet "recovery", er brukerbevegelsene, særlig den amerikanske.

Medlemmer i disse betegner seg ofte som "consumers" eller "survivors" og anvender i økende grad "recovery" om det å kunne leve et fullverdig liv også med psykiske plager.

En av de sterkeste talspersoner for en slik forståelse av begrepet, er Patricia Deegan, som er sitert i oppgaven tidligere.

"In this sense of the term, recovery refers to a persons right and ability to live a safe, dignified, and meaningful life in the community of his or her choice despite continuing disability associated with the illness."(Deegan i Davidspn,Larry , Harding Courtenay, Spaniol Le Roy 2005)

Med et slikt innhold er begrepet mer vendt mot en forståelse av psykiske lidelser som en funksjonshemming enn som en bio-medisinsk sykdom. Begrepet anvendes imidlertid også for å beskrive en fullstendig symptomfrihet, det kan derfor være noe forvirrende å lese litteratur som omhandler temaet. Når begrepet i økende grad anvendes om det å kunne leve et fullverdig liv, også med en del psykiske plager, kan dette forstås som et uttrykk for solidaritet og ønske om å ivareta grunnleggende borgerrettigheter til mennesker med psykiske lidelser. Det gjenspeiler imidlertid også at det er stor grad av heterogenitet i hvordan schizofreni arter seg og hvilke konsekvenser det får for en persons funksjonsevne.

I dette kapittelet har jeg gjennom å henvise til forskning på bedringsprosesser og konsensusdefinisjoner av begreper som beskriver bedring, underbygget en påstand om at forståelsen av alvorlige psykiske sykdommer, særlig schizofreni er kroniske og livslange sykdommer, er en alt for pessimistisk oppfatning. Torgalsbøen hevder en alternativ psykologisk forståelse som innebærer at ; *"personer med schizofreni både er i arbeid og har relasjoner, men at de i sykdomsperioder opplever utviklingsmessig stans eller forsinkelser* (Torgalsbøen s.90 i Rund 2005).

Den amerikanske psykiaterforeningens forslag til konsensus definisjoner av begrepene remisjon og recovery, kan oppfattes som en erkjennelse av at det er behov for å endre diagnosesystemet i tråd med resultatene fra forløpsstudiene som viser at det er mulig å oppnå positive utfall av schizofreni. Det blir spennende å følge med om dette skjer, ved neste revisjon av DSM IV. Like spennende blir det å følge med hvordan Verdens Helseorganisasjon vil stille seg når ICD-11, skal utvikles.

Drøftingen avsluttes med to påstander. Forskningsresultatene som viser at mange oppnår vesentlig bedring og noen full symptomfrihet, er ikke anerkjent før det blir innarbeidet klassifikasjoner for å bekrefte dette i diagnosesystemene. Når dette skjer bør det innføres ordninger som sikrer at mennesker som har fått diagnosen schizofreni, blir innkalt til nye vurderinger av diagnosen etter bestemte perioder. Dette vil tilsvare den ordning som allerede i dag er etablert for å prøve om betingelser for bruk av tvang er tilstede.

4. METODE.

I dette kapittelet redegjøres det for valg av metode og gjennomføring av undersøkelsen.

Deretter drøftes studiens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet.

I følge Kvaale betyr metode "et veivalg som fører til målet" i den opprinnelige greske betydningen av ordet. (Kvaale 1999). Mitt mål har vært å oppnå kunnskap om og forståelse av bedringsprosesser, fra mennesker som selv har hatt en alvorlig psykisk lidelse. Mitt perspektiv har vært horisontalt, i den betydning at jeg har søkt å forstå hva som har vært viktige faktorer for deres bedring, fra deres eget perspektiv, med basis i deres hverdagsliv og relasjoner til andre mennesker. For å forsøke å nå dette målet har jeg foretatt en rekke valg. Det første valg var å bestemme fra hvilken vitenskapsteoretisk posisjon og med hvilken metode studiet skulle gjennomføres.

4.1. Vitenskapsteoretisk plattform

Min intensjon har ikke vært å innhente kvantitativ kunnskap eller undersøke sammenhenger mellom årsak og virkning, men fra informantenes livsverden. Jeg inntar dermed en fenomenologisk posisjon, hvor intervjupersonens meninger og erfaringer står i sentrum. Det følger derfor logisk å innta et ståsted innenfor hermeneutisk vitenskapsfilosofi og metode.

Den hermeneutiske metode er den hypotetisk- deduktive metode anvendt på meningsfullt materiale, dvs. tekster, kunstverk, handlinger osv.

(Følesdal, Walløe, Elster 1990 s.99)

I en hermeneutisk forståelsesramme vil informantens kunnskap, meninger og forståelse av seg selv være meningsfull og sann ut fra deres forståelseshorisont. Med forståelseshorisont menes både bevisste og ubevisste oppfatninger og holdninger, eksempelvis av hva intervjupersonen betrakter som viktig og er interessert i. (Følesdal, Walløe, Elster 1990)

Deres meddelelser antas også å være resultat av den situasjon de meddeles i, og den interaksjon som foregår med en mottaker. Den som mottar vil også ha med seg sin forståelseshorisont, eller forforståelse i interaksjonen med informanten.

Innenfor den retning av hermeneutikken som betegnes som Ny-hermeneutikk, har filosofen Hans Georg Gadamer spilt en viktig rolle. Gadamer hevder at en forsker ikke kan frigjøre seg fra sin forforståelse. Han mener at selv om forskeren utforsker og reflekterer over sin forståelseshorisont, så vil han bare ha bevissthet om deler av denne. Det han ikke har bevissthet om vil derfor prege det lille han griper. (Følesdal, Walløe, Elster 1990)

Ifølge Gadamer er forforståelsen helt avgjørende for hva vi forstår. Det finns ingen objektiv og forutsetningsløs forståelse. I et slikt perspektiv produseres vitenskapelig kunnskap i interaksjonen mellom informant og intervjuer. (Kvaale 1999). I intervjuet foregår det en konstruksjon av virkeligheten gjennom det verbale og nonverbale samspill mellom informant og intervjuer. Begges forståelseshorisonter og forforståelser interagerer og bidrar til de fortellinger som skapes i intervjuet, som i en slik forståelse blir deres felles produkt. (Kvaale 1999)

Når intervjuene omdannes til tekst og skal analyseres og fortolkes, må forskeren foreta flere vurderinger og beslutninger. Hans forventninger og forforståelse av hva som er betydningsfullt og av interesse vil påvirke den tekst han produserer. Gadamer hevder at forskeren oppnår forståelse, gjennom å gradvis justere tekstens og sin egen forståelseshorisonter, til den smelter sammen. (Følesdal, Walløe, Elster 1990 s108)

Valg av intervjuform handler om å velge den metode som er best egnet til å kunne gjennomføre og oppnå formålet med det valgte forskningsprosjekt. Dette innebærer at forskningsmetoden også må innbefatte hvordan data skal analyseres, tolkes, samt rapporteres og formidles. Åpne etnografiske intervjuer er ansett som den best egnede metode for å fremskaffe kunnskap om menneskers subjektive erfaringer (Kvaale 1999)

Authenticity rather than reliability is often the issue in qualitative research. The aim is usually to gather an authentic understanding of people's experiences and it is believed that open-ended questions are the most effective route towards so. (Silverman 2004.s13.)

4.2. Refleksjon over egen forskerrolle.

Overfor er det argumentert for at forskeren både er en del av kunnskapen som blir produsert i et intervju og gjennom analyse og fortolkning konstruerer en gjengivelse av denne.

Med henvisning til Gadamer, vil forskeren aldri være fristilt fra sin forståelseshorisonter og forforståelse. Kvalitativ forskning fordrer derfor at forskeren undersøker og reflekterer over sine forventninger, intensjoner og forståelse av det tema han studerer. Denne refleksivitet innebærer at en i størst mulig grad er bevisst på hvordan en som forsker påvirker de resultater en får. I intervjusituasjonen kan dette innebære at en er bevisst på eventuelle egne sperrer i forhold til tema, som det kunne vært interessant å få kunnskap om.

Av en annen forsker ble jeg anbefalt å spørre informantene om åndelighet og intime forhold hadde hatt betydning. Under intervjuene spurte jeg noen ganger om åndelighet hadde hatt betydning, men kjente på egen sjenanse i forhold til slike tema. Jeg spurte ingen av informantene om betydning av intimitet. Den ene av informantene som nevnte dette gjorde det uoppfordret.

I oppgavens forord har jeg redegjort for noen av mine intensjoner med oppgaven, som å innsamle kunnskap som andre kunne ha nytte av og øke egen forståelse av hva mennesker gjør når de opplever bedring. Jeg erkjenner også andre motiver, som ønske om å vise et annet bilde, enn det nokså vanlige negative inntrykk av psykiatrisk behandling som ofte fremkommer i media. Dette av hensyn til å øke optimisme hos pasienter og pårørende og for å dempe stereotype og stigmatiserende oppfatninger av mennesker med psykiske lidelser. Å arbeide innenfor psykiatrisk behandling har liten status, jeg innrømmer derfor at et motiv bak valg av tema og problemstilling, har vært å bidra til økt status gjennom å vise et positivt bilde av dette fagfeltet. Slike motiver kan virke inn på hva som blir gjengitt eller utelatt fra informantenes fortellinger. Siden negative opplevelse sjelden er hjelpsomme, kom slike fortellinger bare frem noen få ganger og kunne med bakgrunn i oppgavens tema og problemstilling utelates.

4.3. Utvalg.

Prosjektet er basert på syv åpne etnografiske intervju, av utforskende og empirisk karakter. Informantene i studien er rekruttert gjennom de polikliniske avdelinger ved Salten Psykiatriske Senter og Psykiatrisk Dagsenter i Bodø. De ble informert om studien gjennom skriftlig informasjonsmateriell, hvor studiens tema og formål er forklart og kriterier for deltakelse beskrevet. (Vedlegg 2) Informantene meldte seg til intervju, gjennom å sende underskrevet samtykkeerklæring. (Vedlegg 3)

Informasjonsmaterialet var på forhånd godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.(Vedlegg 4-5)

Kriterier for å delta i studien var formulert slik.

- Ha hatt store psykiske vansker, som i en periode har hindret en i å leve et tilfredsstillende liv.
- Ikke vært innlagt i psykiatrisk sykehus de siste to årene. En kan imidlertid ha oppfølging på poliklinikk eller av den kommunale psykiatritjenesten.

- Anse å ha kommet seg slik at en ikke lenger har store psykiske problem som hindrer en i å leve et akseptabelt liv. En kan imidlertid ha noen symptomer, som en kan håndtere.
- Ha lyst til å delta i intervjuet.

Alle informantene oppfylte disse kriteriene. De hadde i en periode hatt en alvorlig psykisk lidelse, som de selv vurderte å ha oppnådd bedring fra. Ingen hadde vært innlagt de siste to år. Utvalget består av 2 menn og 4 kvinner i alder 23 til 55 år.

På bakgrunn av deres fortellinger, fordeler de seg innenfor diagnosegruppene slik;
Langvarige psykoselidelser 2. Bipolar lidelse 2. Langvarig stemningslidelse 1.
Akutt psykose 1. Psykotisk lidelse utløst av rusmisbruk 1.

3 av informantene hadde vært syk i mer enn 10 år. 3 hadde en sykdomsperiode på 5-10 år, for en av informantene varte tilstanden i under 1 år.

4.4. Utvalgets spredning.

I studiens forprosjekt hadde jeg tenkt å la utvalg av informanter være inspirert av Grounded Theory (Glaser & Strauss 1967, Strauss & Corbin 1990, Starrin et al. 1991, I Topor 2001)

Innenfor en slik metodisk ramme kan informanter velges ut fra om de vil skille seg ut fra tidligere informanter, eller utfylle og komplettere disse på sentrale områder.

Da jeg underveis anså det tvilsomt om jeg ville ha så stor tilgang på informanter at jeg kunne gjøre dette, valgte jeg primært å rekruttere fra de ulike polikliniske enhetene ved Salten Psykiatriske Senter, siden disse har ulike målgrupper. På denne måten forsøkte jeg å sikre spredning blant informantene.

4.5. Innsamling av data.

Avtale om tidspunkt for intervju ble gjort telefonisk. Alle informantene foretrakk å bli intervjuet på kontor ved Salten Psykiatriske Senter. Intervjuene varte fra 60 til 80 minutter. Innledningsvis ble det stilt et spørsmål. "Hva har vært til hjelp for deg i din bedringsprosess?" Spørsmålet var opplyst på forhånd i det skriftlige informasjonsmaterialet. Intervjuene fulgte ikke en fast struktur, men ble gjennomført som en samtale med utgangspunkt i informantens meddelelser.

Til intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide i form av en liste med tema som kan relateres til problemstillingen. Som et utgangspunkt for denne benyttet jeg en sjekklister utarbeidet av det svenske "Återhantingsprosjektet" ledet av Alain Topor.

4.6. Transkripsjon.

Det ble gjort opptak av alle intervjuene med digitalt utstyr, lyd kvaliteten var god. Jeg hadde opprinnelig tenkt å bare transkribere de utdrag av intervjuene hvor eksplisitte fortellinger knyttet til studiens problemstilling fremkom. Jeg gjorde et forsøk på dette, men opplevde at resultatet ble en sterkt fragmentert gjengivelse av intervjuet, hvor vesentlig informasjon gikk tapt og dynamikken i samtalen ble borte. Jeg mistet det Kvaale omtaler som å være dialog med teksten som en levende samtale (Kvaale 1999). Av denne grunn valgte jeg å skrive ut hele intervjuet, jeg vektla å gjøre dette på dialekt og så ordrett som mulig.

Etter som tema for intervjuet var hvilke faktorer som hadde hatt positiv betydning for informantene, valgte jeg å ikke markere pauser, intonasjon og emosjonelt ladede uttrykk, som kunne ha gitt viktig informasjon ved et problemorientert intervju. Eksempelvis om tema informanten ønsket å holde skjult.

4.7. Etiske overveielser.

I informasjonsbrevet til informanter er studiens tema og hensikt tydelig formulert. For å forklare hva som hadde vært til hjelp for dem, fortalte en del av informantene om bakgrunnen for sine psykiske plager. Dette er ikke fremstilt i analysen av intervjuene.

Siden informantene i studien er rekruttert fra et avgrenset miljø, er det tilstrebet størst mulig konfidensialitet ved å utelate opplysninger om alder, sivilstatus, med mer. Det er heller ikke gjengitt følsomme opplysninger som er fremkommet under intervjuene. For å kontrollere dette har veileder og ledere for henholdsvis sengepostene og en av lederne for psykoseteamet ved Salten Psykiatriske senter lest analysen.

4.8. Drøfting av studiens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet

Reliabilitet er et mål for hvor nøyaktige måleresultatene er og har betydning for hvor pålitelig og gyldig, eller valid studien kan ansees å være. Generaliserbarhet viser til studiens overføringsverdi, - i begrepets ytterste betydning handler det om funn eller konklusjoner kan gjøres universelle eller allmenngyldige.

4.8.1. Er metoden egnet?

Kvaale anfører at det kan forventes at intervjupersonen kanskje ikke er seg bevisst alle måter han eller hun har mestret sin sykdom på, slik at verdifull viten frembringes under intervjuet. (Kvaale 2001). Det åpne intervjuet har en form som kan aggregere kunnskap som ellers ikke

ville blitt avdekket. Ved en strammere struktur, eksempelvis ved et semistrukturert intervju og flere spørsmål, kan en tenkes å ha oppnådd en større bredde i fortellingene. En ville imidlertid i mindre grad ha oppnådd at det var informantenes umiddelbare subjektive redegjørelse som fremkom.

4.8.2. Er informantene pålitelige?

Iflg. Topor er mennesker med psykiske vansker så sent som i 1974 vurdert uegnet for intervju om sin sykdom i et amerikansk standardverk. (Topor 2001). Slik vurderes det ikke i dag.

En tenkelig feilkilde ved å intervjuer mennesker med psykiske plager, kunne være at en deprimert informant ville farge sin historie på en måte han ikke ville gjøre i et lettere stemningsleie. Med en minste avstand på to år fra innleggelse i sykehus regnes risiko for at psykiske forhold skal ha innvirkning på informantenes redegjørelse, som liten.

Det kan i intervjustudier stilles spørsmål ved om informantenes svar er påvirket av de spørsmål som ble stilt i intervjuet? Av denne grunn var spørsmålsstillingen beskrevet i informasjonsbrevet.

En annen problemstilling er å spørre om informantenes fortelling om fortid skapes i nuets lys? (Topor 2001) Dette kan ikke utelukkes, da jeg dersom informanten ikke nevnte tema som jeg hadde i min stikkordsliste spurte eksplisitt om disse tema. Det var imidlertid sjelden nødvendig å stille slike utfyllende spørsmål, da de fleste informantene svarte utførlig ut fra innledningsspørsmålet. De gangene det likevel ble gjort, førte det ikke i særlig grad til tilføyelser til det informanten allerede hadde fortalt.

En tredje innvending som kan reises til intervjuer, er hvorvidt de faktisk gjenforteller virkeligheten, eller om fortellingene er konstruksjoner som påvirkes av intervjuets hensikt, informanters og intervjuers intensjoner og forventninger til hvilke svar som ønskes. Andre mulige kilder som kan ha innflytelse på informanter, er påvirkning fra allmenne konvensjoner for fortellinger av denne karakter. For å ikke fortapes i en filosofisk drøfting av hva som er virkelighet, slutter jeg meg til en konstruktivistisk innstilling til dette spørsmålet, slik den er formulert av Øberg. " *Det finnes inte någon realitet som representeras via berättelsen, utan at de ar berättelsen som skapar verkligheten* (Øberg 1997. i Topor 2001.s.24)

Studiens hensikt har nettopp vært å frembringe informantenes subjektive virkelighetsbeskrivelse.

4.8.3. Transkripsjonens pålitelighet.

Selv om min intensjon har vært å gjengi intervjuene autentisk, er en omdanning av muntlig tale til skrift er en konstruksjon, hvor en på samme måte som under intervjuet medvirker, og er medforfatter. Ideelt sett kunne en tenke seg at andre foretok transkribering, helst at to personer gjorde dette uavhengig av hverandre slik at eventuelle ulikheter ble tydeliggjort. Av praktiske og økonomiske grunner var dette ikke mulig.

Kvaale hevder at det ikke finnes en sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. (Kvaale 1999.) I stedet for å spørre etter hva som er en korrekt transkripsjon, mener han det er mer konstruktivt å spørre etter hva som er en nyttig transkripsjon. I dette forståelsesbildet har jeg i særlig grad hatt oppmerksomhet mot klare og tydelige meningsuttrykk, da det ikke har vært min intensjon å søke etter lite bevisste eller skjulte meninger. For å redusere mulige bias ytterligere, er det i analysen brukt sitater som illustrerende vignetter.

4.8.4. Intervjuerens kvalifikasjoner.

Forskningsintervjuet har mange likhetstrekk med det terapeutiske intervju, men har motsatt målsetting. I forskningsintervjuet er formålet primært å innhente kunnskap om intervjupersonens verden, ikke å skape forandring. Intervjusituasjonen skal imidlertid være en positiv opplevelse for den som blir intervjuet og ideelt sett skape innsikt og være utviklende for vedkommende. Kvaale betegner forskningsintervjuet som en spesifikk form for samtale, men i motsetning til en jevnbyrdig diskurs er rollene asymmetriske, ved at intervjueren har

” en metodisk bevissthet rundt spørreformen, fokusering å dynamikken i interaksjonen mellom intervjueren og den intervjuede og en kritisk innstilling til det som blir sagt.

(Kvaale 1999 s.92)

Den åpne ustrukturerte intervjuform anses å være den mest egnede metode for å oppnå forskningsprosjektets formål. I sin struktur har denne intervjuform også mange likhetspunkter med den hverdagslige samtalen, men avviker fra denne ved at relasjonen som nevnt ovenfor er asymmetrisk, ved at intervjueren har en bevisst hensikt med samtalen og ønsker å undersøke spesifikke sider i informantens livsverden.

Likheten med det terapeutiske intervjuet er videre hensiktsmessig fordi informanten bes om å fortelle om personlige og sannsynligvis følelseladete forhold fra sitt liv.

Under intervjuene bestrebet jeg å være bevisst på at min rolle som intervjuer var forskjellig fra en terapeutrolle, men også bevisst på de likhetstrekk i rollene som er nevnt ovenfor. Jeg var videre innstilt på å kunne endre denne sjekklisten på bakgrunn av eventuelt nye tema som informantene trakk frem i intervjuene. På denne måten hadde jeg tenkt å kunne fange opp og dekke et bredest mulig spekter av informantenes erfaringer.

Ved at intervjuene ikke har fulgt en fast struktur og hatt en samtaleform, gav det mulighet til fleksibilitet. En åpen og ustrukturert intervjuform, gir anledning til å oppklare uklarheter og til at informanten kan korrigere svar dersom spørsmål blir misforstått. Denne formen gir også mulighet for å følge opp informantens svar med nye spørsmål og til å kunne tolke underveis. Før intervjuet ble avsluttet, refererte jeg min oppfattning av hovedtrekk i informantens fortelling og gav mulighet til korrigering av denne. Under intervjuene var jeg bevisst min forforståelse som referert i studiens innledningskapittel og at denne kunne påvirke og farge informantenes svar.

4.8.5. Kontroll av analysens pålitelighet.

Å analysere kan defineres som å dele opp noe i biter eller elementer. I og med kun en person har foretatt analysen av de transkriberte intervjuene, har andre liten mulighet for å kunne kontrollere om personlige teoretiske og verdimeslige standpunkt har påvirket analysen av det transkriberte materialet. For å redusere denne mulige skjevhet, har veileder lest 3 av intervjuene med tanke på å kunne sammenligne valg av kategorier. Videre er analysemetode og prosedyrer beskrevet i innledning til analysekapittelet og eksemplifisert som vedlegg (vedlegg1.).

4.8.6. Generaliserbarhet.

Vurdert etter strenge vitenskapelige kriterier representerer studien sju enkeltstående subjektive fortellinger fra mennesker som har opplevd bedring av en alvorlig psykisk lidelse. Innenfor forskningsprosjekter som er basert på et positivistisk paradigme, er det et mål å finne resultater som kan generaliseres til universelle lovmessigheter. Innenfor et postmoderne og humanistisk forståelses paradigme, avises eksistens av absolutte sannheter. I stedet vektlegges det å fremstille kontekstavhengige og flere ulike forståelser av en situasjon eller et fenomen. Kunnskap fra slike intervjuer ansees å ha gyldighet i seg selv, for å produsere kunnskap trenger en derfor ikke et stort antall informanter. (Kvaale 1999)

Kvaale tar til orde for en pragmatisk postmodernistisk innstilling og godtar mulighet for

spesifikke lokale, personlige og samfunnsmessige former for sannhet, med fokus på dagligliv og lokale forhold. (Kvaale 1999). Fra en sosiologisk synsvinkel samsvarer et slikt perspektiv med formuleringen; Når mennesker definerer en situasjon som virkelig, er den virkelig i sine konsekvenser. (Thomas 1922 i Oltedal 2004) ⁷

Kvaale refererer til Schoefield, som hevder at et uttrykk for generaliserbarhet er "det som kunne være". Med et slikt utgangspunkt kan en "*undersøke situasjoner som anses for å være ideelle og eksepsjonelle for å undersøke hva som skjer der*". (Schoefield 1990 i Kvaale 1999 s163)

Til dette generaliseringsmål knytter Kvaale to understøttende perspektiver

Han refererer til Donmoyer, som anbefaler å bruke kasus studier for å se muligheter og til å utvide og berike utvalget av sosiale konstruksjoner som er tilgjengelige for praktikere og andre. (Donmoyer 1990 i Kvaale 1999)

En annen referanse hos Kvaale er Gergen, han beskriver konstruksjoner av nye verdener som en av den postmoderne psykologiens potensialer

." Istedenfor å si det som det er, er utfordringen å si det slik det kan bli" (Gergen 1992 i Kvaale 1999 s.164)

"Det som kunne være" utgjør et kriterium for et generaliseringsmål, som jeg mener er hensiktsmessig for å vurdere studiens generaliserbarhet. De to tilknyttede perspektiver oppfatter jeg også å være i samsvar med tema og intensjon for min studie.

Et spørsmål for å vurdere studiens generaliserbarhet, kan da være; Gir studien kunnskaper som kan være nyttige for personer som selv står i en bedringsprosess og for personer som bidrar til å understøtte denne?

Professor i psykiatri John S. Strauss ved Yale University School of Medicine, hevder at det subjektive perspektiv bør bli inkludert som et av fokusfeltene innenfor psykiatrisk vitenskap, i tillegg til det psykologiske, biologiske og sosiale perspektiv. Han hevder at dette ikke innebærer noe nytt, men en bevisstgjøring av det en allerede gjør når en spør pasienter om hva de føler, hva stemmene deres sier og lignende. Forskning på hvordan psykiske lidelser virker inn på menneskers hverdagsliv, er et eksempel på det Stauss betegner som det subjektive fokus. Stauss sier dette perspektivet ble klart for han etter 20 års praksis som psykiater, da han

⁷ Formuleringen betegnes ofte som Thomas teoremet. Det er en sentral bestanddel innenfor den samfunnsmessige perspektivet "symbolsk interaksjonisme", Dette perspektivet står sentralt i oppgavens tolkningskapittel

forstod hvor betydningsfullt det var for pasienter å få svar på spørsmål som: Blir jeg bra? Skal jeg alltid være syk? (John S. Strauss (årstall mangler))

I sin bok *I morgen var jeg alltid en løve*, sier Arnhild Lauveng, som i mange år hadde schizofreni, at hun ble fortalt at dette var en kronisk sykdom. Etter å ha henvist til de samme undersøkelser for utfall ved schizofreni, som tidligere i denne oppgaven, skriver hun.

"Tenk om noen hadde fortalt meg dette den gangen i stedet for å si at "schizofreni er en kronisk sykdom. Da hadde jeg øyeblikkelig fått et håp om at jeg skulle havne i den frisketredjedelen, og selv om jeg i mine mer dystre perioder sikkert ikke hadde klart å tro det, ville det likevel gitt meg mer håp og mer legitimitet til den trassige drømmen jeg bar om at jeg skulle klare det". (Lauveng 2005 s.226)

I klinisk praksis erfares det at pasienter er nysgjerrige på andres erfaringer. Dette er i samsvar med at flere av informantene sier at det har vært viktig for dem å møte andre som har hatt psykiske problemer.

Vurdert ut fra kriteriet "slik kan det bli" (Gergen 1992 i Kvaale 1999), kan informantenes fortellinger kan ha stor overføringsverdi gjennom sin autensitet.

I oppgavens teoretiske del er det redegjort for hvordan alvorlige psykiske lidelser er blitt forstått som kroniske lidelser og for den forskning som har modifisert en slik forståelse. Det er videre redegjort for hvilke kriterier som er i ferd med å bli aksepterte for å definere en lidelse i remisjon eller som helt opphørt. Etter min vurdering er informantenes fortellinger illustrasjoner som bekrefter forskningsresultater om at hel eller delvis restitusjon etter alvorlig psykisk lidelse er mulig. Selv om oppgaven vurdert strengt vitenskapelig ikke gir grunnlag for å trekke slutninger om noe annet enn de sju informantenes fortellinger, anser jeg den for å kunne understøtte det generelle inntrykket fra forskning om at alvorlig psykisk sykdom ikke naturgitt har et kronisk forløp .

Med utgangspunkt i at sosialt arbeid som fag både er en teoretisk og utøvende fagdisiplin, er det et mål at forskning skal være anvendbar. Dersom informantene, uttrykt med litt pompøse ord, kan betegnes som sannhetsvitner, gir deres fortellinger også styrke til oppfatninger blant hjelpere om hvordan det kan bli.

5. ANALYSE AV STUDIENS RESULTATER.

I analysen har jeg gjengitt sentrale momenter i informantenes subjektive oppfatninger av hva som hadde hatt betydning for dem i sin bedringsprosess.

5.1. Metode.

Datanalysen er inspirert av Charmaz (Charmaz 2006) og Kvaale (Kvaale 1997) og praktisk som en kombinasjon av Giorgi (Giorgi 1975), slik hans metode "meaning condensation" og meningsstrukturering gjennom narrativer er fremstilt av Kvaale (Kvaale 1997). Meaning condensation innebærer en komprimering av utsagn hvor hovedinnholdet blir reformulert i få ord, gjennom en prosedyre i fem trinn. Oversatt til norsk betegnes metoden som meningskondensering eller meningsfortetting. Giorgis prosedyre karakteriseres av Kvaale som en empirisk, fenomenologisk analyse utarbeidet for å analysere lange og komplekse intervjuetekster. Metoden er iflg. Kvaale velegnet for kunne fremstille subjektivt meningsinnhold i kvalitativt materiale med høy stringens (Kvaale 97). Metoden oppfattes å passe til studiens intensjon om å komme tett på informantens hverdagsliv og søke etter subjektivt opplevde faktorer som har vært betydningsfulle for deres bedring. Meningsstrukturering gjennom narrativer, eller historier, er en metode for å videreutvikle sentrale tema fra intervjuene. Analysen er utformet som fortattede fortellinger og er kategorisert i sentrale momenter fra informantenes fortellinger. Hensikten har vært å fremstille bredden og mangfoldet i beretningene. Forhåpentligvis gjør dette teksten mer levende og spennende. Det har også vært en intensjon å utforme analysen mest mulig anonymisert.

Utskriften av hvert intervju gjennomgikk følgende fenomenologiske analyse.

1. Hele intervjuet ble lest gjennom for å få en forståelse av helheten.
2. Intervjueteksten ble så delt opp i temaoråder. Det umiddelbare inntrykk etter å ha lest gjennom alle intervjuene, var at sentrale tema fra informantenes fortellinger kunne samles under disse fem overskriftene;
 1. Egen innsats
 2. Vendepunkter
 3. Andre personer/foreldre
 4. Medisin
 5. Institusjonelle ressurser.

Intervjuene ble deretter gjennomgått på nytt og sekvenser som passet inn under disse 5 kategoriene ble merket. Disse sekvensene ble så sortert over i et nytt dokument med de 5 kategoriene som overskrifter. Gjennom denne operasjonen fikk jeg syv nye transkripsjoner med fortettet innhold samlet under de fem kategoriene.

3. Sekvenser under hvert temaområde, ble så skrevet ned i form av fortattede utsagn, supplert med taktikker for ”ad hoc meningsgenerering” (Kvaale 1997), i form av metafordannelser og sitater brukt som vignetter. Jeg har valgt å gjengi sitatene på dialekt fordi utsagnene blir mer levende og meningsholdet etter min mening kommer tydeligst frem da. Den nord norske dialekt er også min egen dialekt, ved å gjengi informatene direkte opplevde jeg å komme i en nærmere dialog med teksten enn om sitatene skulle vært omformet til bokmål.

4. Deretter ble hver kategori undersøkt ut fra studiens problemstilling. ”Hva var til hjelp for deg”, og temaområder i intervjuguiden. Sentrale spørsmål som ble stilt til teksten var; Hva forteller denne uttalelsen om informantens bedringsprosess?

5. De mest sentrale tema fra hvert intervju ble sammenfattet og fremstilt som beskrivende utsagn eller fortellinger under den mest nærliggende kategorien. De uttrykte meninger i intervjuet ble slik fremstilt i en mer og mer fortettet form.

6. Vurderingen av sentrale tema fra hvert intervju ble satt inn i en matrise, som gav en samlet fremstilling av sentrale momenter i de syv intervjuene. (Fig.1)

Fig. 1.

Intervju Nr.	T1	T2	T3	T4
1	Tidlig identifikasjon	Foreldre	Psykoedukativ beh.	
2	Egen innsats	Foreldre	Medisin	
3	Egen innsats	Foreldre	Innleggelse, Psykoedukativ beh. Poliklinisk psykologisk beh.	
4	Egen innsats	Foreldre	Brukerseminarer	

5	Egen innsats	Nye venner	Medisin	
6	Egen innsats	Diagnose	Medisin	Behandlere
7	Egen innsats	Psykolog/lege	Prest	

Av figur 2. fremgår de tema som på bakgrunn av et samlet inntrykk av intervjuene fremstår som de mest sentrale i informantenes beskrivelse av hva som har hatt betydning for dem i deres bedringsprosess. Dette skal ikke forstås som en fremstilling av hvordan informantene har rangert temaenes betydning. Materialet inneholder betydelige variasjoner. Inndelingen er gjort av forskningshensyn, etter hvor representative temaene var, den gjenspeiler også en vurdering av deres betydning, på bakgrunn av informantenes fortellinger.

Fig.2.

1a Egen innsats- 1b vendepunkter	2 Foreldre	3Behandling/behandlere	4Medisin	5Andre viktige personer
--	------------	------------------------	----------	-------------------------

5.2. Presentasjon av studiens funn.

Alle navn i presentasjonen er oppdiktet. Det legges vekt på å fremstille informantenes subjektive forståelse av hva som har hatt betydning for deres bedring. Direkte sitater er benyttet som illustrerende vignetter og for å kunne gjengi informantene mest mulig autentisk.

5.2.1. Resymé.

Studien bekrefter at det er mulig å bli restituert fra en alvorlig psykisk sykdom. Den viser også at det er mulig å leve fullverdige og meningsfulle liv, med en del gjenværende symptomer.

Et gjennomgående trekk ved intervjuene er at informantene selv hadde vært og var viktige aktører i sin bedring. Av deres fortellinger fremgår det at bedring fra en alvorlig psykisk lidelse er en dypt personlig og unik utviklingsprosess som for mange kan ta lang tid.

Fortellingene gir også bilder av mennesker som forholder seg aktivt til sine liv og sine psykiske vansker og symptomer. Informantene fremstår som noe langt mer enn en samling av sine symptomer, og illustrerer at selv dypt psykotiske mennesker kan ha *"friske områder av sitt jeg"* intakt. Topor betegner dette som å ha en *"dobbel bevissthet"* (Topor 2001), da personen både er bevisst sine symptomer på en psykisk lidelse og sitt reelle jeg. Hvor vanskelig dette må være, kan illustreres anekdotisk ved utsagnet når "å være seg selv, er nettopp å ikke være seg selv." For å beskrive informantenes egenskaper passer det best å bruke ord som sjelden benyttes i psykiatrisk faglitteratur, som viljestyrke, mot og håpefullhet.

Foreldres sentrale rolle og betydning for informantenes bedring var også gjennomgående i de fleste fortellingene. Dette handlet både om å være pådrivere til behandling og aktive støttespillere underveis.

Mange informanter tilla den behandling de hadde fått stor betydning for sin bedring. For noen var dette temaet knyttet til personer, mens for andre var det de strukturelle rammene behandlingen foregikk innenfor, som hadde betydning. For eksempel det å bli innlagt, at hele familien ble inkludert, eller det å delta på brukerseminarer.

Alle informantene hadde brukt medisin og hadde en positiv innstilling til den medikamentelle behandlingen de hadde fått eller fremdeles fikk. Noen hadde ikke merket noen klar effekt, men avviste ikke at medisinen hadde vært til hjelp, siden de ikke visste hvordan det ville vært uten denne. Andre tilla det at de hadde fått rett medisin en avgjørende betydning for sin bedring.

For noen av informantene hadde andre personer vært betydningsfulle, dette kunne være legen, prest, nye venner, medpasienter og arbeidskollegaer.

5.2.2. Egen innsats.

"Æ satte meg bare ned og jobba med tankene mine."

Åse som var plaget med dype depresjoner, psykoser og angst i 20 år, forteller hvordan hun har arbeidet med seg selv.

"Æ jobba med tankene mine, prøvde å sortere det som var vanskelig å tenke på. Æ ville ikke rømme unna, for æ visste at æ måtte gjennom dette likevel. Æ prøvde å psyke mæ opp

gjennom å finne små gleder i tilværelsen. Det var som å gå i ei trapp, noen ganger kom du et trinn opp, andre ganger gikk det nedover igjen.”

Åse forteller at når hun var lengst nede i depresjonen, klarte hun ikke dette, men når hun fikk det litt lettere, greide hun å hente frem små positive ting selv om hun var deprimert.

Det som for Åse var små gleder, kunne være å huske en god replikk på TV, at noen hadde sendt henne et kort, at hun så noe vakkert som for eksempel at det var snø på en grein.

”Hold kjeften på deg og pigge av.”

I de periodene Åsa var dypest deprimert, begynte hun å høre stemmer. Hun forstod ikke hva det var og ble skremt, samtidig som hun forsøkte å benekte stemmene, for hun ville ikke innrømme at hun var syk. Stemmene kom innenfra henne selv. Til å begynne med svakt, men etter hvert sterkere. De gjorde at hun fikk problemer med å tenke. *”De kuttet på en måte av min egen tankegang, hvis du skjønner? Høres det rart ut?”*

Åsa utviklet en måte å overvinne sine tankeproblemer på. Hun begynte å tenke høyt og lot som om hun hadde noen å snakke med. Det hjalp. Nå er det sjelden at hun hører stemmer, det skjer oftest når hun sitter og tenker. Stemmene forteller henne hva hun skal gjøre og si, mens tidligere var de mer kritiske og hånlige. Åsa har lært seg å jage bort stemmene, ved å be dem holde kjeft og pigge av. Det hender hun også sier *”Æ e så lei av dere, dere ødelegger livet mitt”*. Hun tror stemmene kan ha sammenheng med et tidligere forhold til en mann. *”Æ levde med to psykopater, mannen min og stemmene”*.

”Oi, nå er jeg kommet til denne verden igjen.”

Lisa forteller at hun var sammenhengende psykotisk fra hun var 16 til hun var 26 år. I denne tiden var hun innlagt i sykehus over 30 ganger. Disse ti årene beskriver hun som å leve i en fantasiverden, hvor hun hadde hallusinasjoner hele tiden og hvor alle tankene dreide seg om det hun hørte og så. *”Å være syk, - det er rett og slett å drømme på dagtid”*.

Lisa forteller at hun gradvis begynte *”å våkne opp”*. *”Å våkne opp betyr at du begynner å følge med på hva som skjer, hvem du er, hva du skal gjøre og at du ikke bare er i den fantasiverdenen som du er vant til å være i.”*

Da Lisa begynte å ”våkne” gikk det opp for henne at hun hadde mistet mange viktige år. År hvor ”andre har lært hvem de er, hvordan de er, hvordan det er å bli voksen og greie seg selv”.

Å komme ut av sin psykotiske fantasiverden, betød for Lisa at hun måtte ta igjen de tapte årene og finne igjen seg selv.

Etter en tid begynte Lisa på videregående skole, hun var fremdeles en del plaget av symptomer, men gjennomførte et år med matematikk undervisning.

Hun hadde problemer med å konsentrere seg og hørte fremdeles stemmer av og til. Å høre stemmer beskriver hun som å ha en radio inne i hodet, med stemmer som kommenterer det hun gjorde, eller som snakket om andre ting til henne. For Lisa var det å begynne på skolen noe nytt. Hun måtte konsentrere seg om hva læreren sa, forsøke å ikke la seg distrahere av stemmene inni hodet og av de andre elevene, og holde ut angsten.

”3 i matematikk det er bra det!”

Lisa gikk på gymnaset i syv år. Hun tok flere fag, men er særlig stolt av at hun fikk 3 i matematikk.

”Det var bra å flytte ut. Selv om man er syk, betyr det ikke at en skal holde senga. ”

Hans tok for ti år siden selv kontakt for å bli innlagt. Han hadde behov for å få hvile seg og få legge tanker og oppgaver til side. For Hans var det slik at han både hadde et *”skyhøyt stressnivå, mye energi og var deprimert”*. Han tenkte mye rart og tror han var psykotisk i perioder. Hans tror at hans sykdom ble utløst av daglig cannabisrøyking i en periode. Han valgte å skrive seg ut selv om han ikke var helt frisk, da hans syntes det ble for passivt på rehabiliteringsavdelingen hvor han siste gang var innlagt. For Hans var det riktig å lage sin egen mat, vaske klær og stelle leiligheten. Han ble bedre av det.

”Når det depressive går over, blir alt rundt deg penere.”

Hans har valgt å ikke bruke verken cannabis, alkohol eller tobakk, han drikker heller ikke kaffe. Det er tre år siden han tok denne beslutningen. Og selv om humøret har gått litt opp og ned i denne tiden, har han det siste halvåret kjent seg bedre og mer lykkelig enn på ti år.

”Naturen har en slags magi og mening i seg. Hva skal æ si - en måte kroppen og sinnet blir rusa på.”

Hans trente mye før sykdommen debuterte, han fortsatte med dette i en periode og opplevde at han ble lettere i humøret av å presse seg.

Han gikk lei av å løpe, men finner nå stor glede i å gå lange fotturer i fjellet både sommer og vinter. For Hans har naturopplevelsene erstattet kjemiske rusopplevelser.

Naturopplevelsen er for Hans å se flott natur, kjenne den friske lufta og å fiske. Han liker også å være ute i dårlig vær, hvis han er kjent i området. En annen dimensjon ved fjellturene er en glede over å kjenne egen styrke. *”Det er også en slags glede med å gå og bære den tunge sekken”.*

Hans forteller videre at når han vandrer i fjellet, opplever han det som om han tilfredsstiller et vandreinstinkt i seg, slik jerven kanskje gjør.

Den langsomme prosessen

For Lisa foregikk bedringen i sprang og over lang tid. Som beskrevet overfor bruker hun metaforen ”å våkne opp” om sin bedring fra psykosen. Det var hennes mor som først la merke til at hun var blitt bedre. Lisa var begynt å nynne på sanger, og det var mulig å ha en vanlig samtale med henne. For Lisa har bedringen, som ovenfor beskrevet medført at hun har tatt videregående skole og har prøvd seg i arbeidslivet. Hun sluttet i arbeidet, da hun faktisk måtte betale for å få arbeide. Lisa har kjøpt seg leilighet og er bruker av flere tiltak innenfor det åpne psykiske helsevernet. Her har hun mange venner og opplever det å gi og motta støtte fra andre som en svært viktig dimensjon i sitt liv.

”Æ e en ølhund om lørdagene.”

Aller best liker Lisa å danse. Hun liker seg best ute blant andre mennesker og sier hun er litt motsatt av andre som helst vil være hjemme. Lørdag er den beste dagen i uka, da pleier hun å drikke øl og å gå på diskotek. Lisa sier at hun noen ganger blir litt dårlig av alkohol i kombinasjon med medisinen hun tar. Men siden hun holder seg til den ene dagen i uka, så er det verdt det. Lisa forteller at da hun begynte å gå ut traff hun flere hun kjente som sa:

”Herregud kor frisk du e blitt” En venninne sa ” Du har jo våkna, - nei du e kommet tilbake igjen.”.

”Leponexen har vært god, men det har vært mye blod, slit og tåra, det kan æ lov dæ.”

Lisa mener medisinen hun tar har hatt en avgjørende betydning for hennes bedring.

Tiden etter at hun ”våknet opp” har bestått i både opp- og nedturer. Da hun selv merket bedring, fikk hun håp om å bli enda bedre. Bedringsprosessen har vært en sorgprosess over 10 tapte år hun har og mye å ta igjen. Hun har kjøpt seg leilighet, gjør husarbeidet og holder orden på økonomien. Hun har funnet ut hvordan hun vil leve sitt liv og deltar i aktiviteter nesten hver dag. Fredag er hjemmekveld, for da er det så mye artig på TV.

”Det skjedde noe i denne verden også.”

Den tiden Lisa var syk, levde hun helt i sykdommen, den ene dagen var lik den andre. Hun brydde seg ikke om hva som var på TV eller hva som hendte rundt henne.

Da hun begynte å våkne opp, forstod hun at det skjedde noe i denne verden også.

Lisa sier at det hender hun savner sin fantastiverden, det var mye action, ufoer og romvesener, huldre og spøkelses. *”Men aldri om æ vil tilbake dit”*

En annen ting med psykosen, var at hun kunne se bilder inni hodet. Noen av disse var fantastisk vakre, og hun skulle gjerne ha kunnet male dem. Selv hun forstår at bildene var symptomer, husker hun flere av dem i detalj. For Lisa har især de to - tre siste årene vært gode, hun kjenner at hun er i stadig bedring. Det hender hun hører stemmer fremdeles, men ikke mer enn et par ganger om dagen og helst når hun skal legge seg eller slapper av.

Stemmene plager henne ikke, for de kommer oftest når hun likevel nesten er i en drømmetilstand. Andre ganger ber hun stemmene om å gå ut på kjøkkenet og drikke kaffe. Da forsvinner de.

”Men holder æ meg sånn som jeg er i dag, har æ et fullverdig liv.”

Lisa har en del planer, blant annet å reise mer enn hun har gjort til nå. Hun har en del angst knyttet til å reise og håper å kunne overvinne denne. Sykdommen har lært henne å sette pris på små ting hun ikke tenkte på tidligere. Slike småting er å kunne kjenne seg trygg hjemme og å slippe å ha angst. *Å våkne opp og se at det er sol ute, kjenne at du gleder seg til en ny dag, tenke på hva hun skal bruke dagen til. -Det er luksus, det kan jeg love deg. Jeg vil heller ha livsglede enn en million kroner.”*

5.2.3. Vendepunkter.

Mange av informantene har fortalt om valg og bestemmelser som har vært betydningsfulle for deres bedring.

Kirsti slet med dype depresjoner i 16 år. I åtte år var alt bare mørkt, dette brukte hun åtte år på sin prosess ut av angsten og depresjonen. Hun forteller at hun i mange år nesten ikke var ute av leiligheten sin. Hun avviste alle som ville besøke henne, og ville ikke ha kontakt med noen. Hun tilbrakte for det meste tiden på sofaen med å drikke så mye vin som hun klarte og røykte en pakke tobakk hver dag. Hun skadet seg selv med å brenne og kutte seg og beskriver livet som et konstant kaos. I 10 år sov hun bare på sofaen i stua.

”Det er vel ikke meningen at æ skal ha det slik, siden æ ikke har klart å ta livet av mæ?”

Slik formulerer Kirsti den tanken hun fikk da hun en nyttårsaften ble utskrevet fra medisinsk avdeling etter en overdose med medikamenter. Hun husker ikke lenger hvilket nummer i rekken dette var. I åtte år beskriver hun seg som ”kronisk suicidal”. Hun hadde flere ganger skrevet avskjedsbrev til familien. For Kirsti var det å kunne ta sitt liv en lettelse ved at det var en mulig utvei. *”Du har ei dør”*.

”Om æ ikke turte eller..., det vet æ ikke. Bevisst følte æ at æ lukket den døren og følte at æ måtte velge det her livet. Det var forferdelig skummelt.”

Kirsti forteller at hun ganske bevisst bestemte seg for å velge å leve. I flere år hadde hun fremdeles tanker om selvmord, men la ikke flere planer eller gjorde nye forsøk. Hun fant en selvoppholdelsesdrift hos seg selv, og når selvmordet ikke lenger var et alternativ, måtte hun begynne å tenke på en annen måte. Samtidig var hun forbannet og sint på seg selv fordi hun hadde fratatt seg selvmordet som utvei.

”Faen ta deg, psykolog!”

Årsaken til at hun tok valget om å leve, tilskriver Kirsti psykologen hun gikk til i ti år. Han hevdet at hun alltid hadde mulighet til å foreta valg. *”Du kan velge om du vil skade deg, om du vil ta livet ditt, om du skal vaske deg. Du må huske at uansett hva du gjør, så har du et valg”*.

Dette protesterte hun iherdig mot, for selv om hun ideelt sett visste at hun kunne velge, så opplevde hun det ikke slik. Kirsti forteller om mange diskusjoner om dette temaet. Hun skrev også mange sinte brev hvor hun prøvde å få han til å forstå at i hennes verden forelå det ikke valgmuligheter. Det å skrive har hatt stor betydning for Kirsti, i alt er det blitt 40 A-4 hefter.

”Tør æ å bli frisk?”

Da Kirsti hadde valgt livet, kom angsten - angsten for livet. Av sin fortid hadde hun lært å ikke stole på noen. Kunne hun stole på psykologen, kunne hun tørre å fortelle han om alt det vonde hun ikke hadde turt å fortelle til noen, ja, nesten ikke til seg selv engang. Kunne hun tørre å være ærlig mot seg selv og som hun selv formulerer det; *”få til en relasjon til meg selv”*. Ville hun kunne unne seg å oppleve noe godt og være glad. Hva ville straffen for det bli? Ville psykologen forlate henne om hun fortalte noe positivt og om hun ble bedre?

Kirsti visste mye om smerte men lite om godhet fra sin barndom. Hun stilte seg selv spørsmål om hva hun profiterte på å være syk og hva hun ville profitere på ved å bli frisk.

Hun fant ut at hun hadde mest å tjene på å bli frisk og tok et valg ut fra dette.

”Det var jo æ som tok en bestemmelse om å gjøre det, det var æ som tok valget om at nu hadde æ lyst”

Kirsti forteller at hjemmesykepleieren hun hadde kontakt med på denne, tiden var skeptisk at hun skulle begynne i en aktiv terapi. Hennes usikkerhet dreide seg om Kirsti følte seg sterk nok og om tiden var inne for dette. Legen og psykologen støttet henne imidlertid fullt ut. Når hun under intervjuet ser tilbake på sin behandling sier hun:

”Behandlerne som fulgte meg tettest tok aldri fra meg retten til å gjøre noe selv, de overtok aldri noe for meg. Jeg måtte gjøre alt selv, ta alle kontakter og selv finne ut av ting. Jeg mener det handler om egenverd og respekt for meg. De formidlet en tro på meg.”

”Æ klappa til meg selv og sa ”kor flink du e !”

Slik beskriver Åse hvordan hun belønnet seg selv med skryt, da hun klarte å overvinne angsten. Hun forteller om en periode med nesten totalt lammende angst, hvor hun ikke turte å gå ut med avfall eller til postkassen alene. Åsa forteller at hun *”gikk i seg selv og sa; det går ikke an å ha det slik, dette må æ klare selv.”* Hun begynte også å gå ut alene, i begynnelsen om kvelden slik at hun ikke skulle møte så mange. Etter som hun presset seg, ble angsten mindre og mindre. Nå har hun lite angst igjen.

”Æ måtte bestemme mæ for at nu var det nok med angsten”

Katrines erfaring ligner Åsas. Hun kom etter hvert til et stadium hvor hun bestemte seg for å overvinne angsten.

Hun var i tillegg plaget med tvangstanker, som at noen hadde forgiftet kaffen hennes. Katrine presset seg selv til å gå ut på kafé, selv om hun var urolig i kroppen og kjente angst. Etter hvert merket hun at både angst og tvangstanker slapp taket, det gav henne håp om å bli enda bedre og fikk henne til å fortsette å presse seg selv. Katrines behandler hadde forklart og tegnet en illustrasjon av hvordan et angstanfall artet seg. Det var til hjelp for henne å forstå hvordan redselen for angsten fikk angsten til å øke. Hun sammenlignet denne forklaringen med at moren fortalte at hun gråt fordi hun var redd, da hun var liten. Katrine forteller at hun har denne tegningen hengende på kjøleskapet hjemme.

”Det er nu eller aldri!”

Lars hadde eksperimentert med ulike rusmidler i mange år og hadde merket at han ble mer og mer fremmed for seg selv. *”Jeg ble egentlig bare rarere og rarere”*.

Etter hvert fikk han psykotiske symptomer som å høre stemmer og oppleve at fjernsynet snakket til han. Han beskriver i intervjuet hvordan han etter hvert mistet grepet på livet sitt og noen ganger ikke visste om han sov eller var våken. Lars omtaler det å bli innlagt i akuttavdeling som en ny start på livet. Han forteller at han allerede første kvelden selv om var ganske fjern og hadde mange rare forestillinger foretok det valget han hadde brygget på i 12 år, *”Enten fortsetter jeg å bruke dop, eller så gjør jeg opp for meg og starter på nytt”*.

Lars husker at moren gråt da han ble innlagt, og tror nok at det var en medvirkende årsak til hans valg om å slutte å bruke rusmidler. Han var innlagt ca to måneder på akuttavdelingen og sier at de menneskene han møtte her, både ansatte og pasienter, satte i gang mange prosesser i han. Mens Lars var innlagt på akuttavdelingen, fant han seg et fast tilholdssted i et hjørne hvor det hang et bilde som for han ble en hjørnestein. Etter utskrivning gikk Lars to år i behandling hos psykoseteamet og på psykiatrisk poliklinikk.

”Æ våknet opp da æ tok norskprøve.”

Lars hadde meldt seg på kurset ”Ny giv”, som ble arrangert av Bodø Industri. Her ble han blant annet testet på lese- og skriveferdigheter og skåret godt. *”Jøss, tenkte æ, æ har ikke glemt alt. Æ kan bli til noe, æ trenger ikke gå på trygd resten av livet.”*

Dette ble starten på en lang utdanning. Lars har i dag en høyere utdanning og fast arbeid innenfor sitt fagfelt.

”Det er som om du setter en nymalt båt på vannet, du vil ikke ha en skramme på den. Det var liksom livet, på en måte.”

Da han ble skrevet ut fra akuttavdelingen bestemte Lars seg for å ikke drikke alkohol eller bruke narkotika. Han valgte også å ikke lytte til hard og voldelig musikk eller se filmer med voldelig innhold. For Lars var det nye livet han hadde begynt på, så bra at han ville beskytte seg mot alt som kunne ødelegge det. Han har også valgt å beholde en liten dose nevroleptika som beskyttelse og forebygging av nye psykoser, men sier at han nå har tenkt å drøfte med legen sin om han skal avslutte.

”Diagnosen ble en åpenbaring for meg.”

For Katrine ble det å få diagnostisert en bipolar lidelse en form for vendepunkt. *”Det var veldig godt å få en forklaring på hvorfor jeg var så sint og irritert og svingte i humør”*. Katrine hadde vært innlagt flere ganger på grunn av depresjon og angst før noen forstod at hun hadde en bipolar lidelse. Dette gav henne en forklaring på hennes psykiske problemer og en virksom medikamentell behandling.

5.2.4. Foreldres betydning.

”Hadde det ikke vært for at æ hadde foreldre som brydde seg, så hadde æ sikkert sittet i Oslo og skutt heroin.”

Da Lars første gang fikk psykiske problemer, var det moren som forstod det. Hun ordnet det slik at han fikk komme til psykolog to ganger i uka. Det gjorde at han klarte å fullføre skolen og fikk gode karakterer. Det var også mor som var pådriver til at Lars ble innlagt med tvang i akuttavdeling. Hun gav han beskjed om å skrive under på en del papirer, som han da ikke forstod så mye av. I ettertid har han forstått at han samtykket i å bli holdt tilbake dersom han ville skrive seg ut. Lars er glad for at moren var så bestemt som hun var den gang.

”Han pappa forstod ikke så mye, men han har støtta og skrytt av meg.”

Når Åsa ikke klarte å komme seg til avtaler og aktiviteter, kom faren og hentet henne. Selv om de ikke hadde så mye pratkontakt, betydde støtten fra faren mye for Åse. Særlig det at han skrøt av henne og så at det gikk fremover, var viktig.

”Mora mi er en god person å snakke om ting med.”

Hans har ikke hatt behov for samtalebehandling, han beskriver seg som en person som liker å finne ut av ting selv. Når han har behov for å prate med noen, foretrekker han moren. For Hans har foreldrene hatt stor betydning gjennom at de kausjonerte for han slik at han kunne kjøpe seg leilighet i ung alder. Å eie en fin leilighet og ha større plass enn på en hybel, mener Hans har vært viktig for han. *”Å bo på hybel kan selv den friskeste ha problemer med”*.

Det at foreldrene kausjonerte for lånet som Hans kjøpte leiligheten for, opplevde han som en tillitserklæring fra deres side. *”De kunne stole på meg når det gjaldt penger”*.

”Foreldrene mine var redde for meg, jeg fikk ikke låse døra på do.”

Kari forsøkte å ikke vise foreldrene hvor dårlig hun var, men hun klarte ikke å holde fasaden. De oppdaget hvordan hun hadde det og kontaktet familiens lege. Det var en fredag, de fikk time samme dag. Legen kontaktet psykoseteamet, som gav henne time på mandag.

Kari forteller hvordan hun den første tiden lagde mye spetakkel hjemme. Hun demonstrerte og provoserte. Kari forteller at verken hun eller andre i familien røykte. Nå røykte hun 20 sigaretter om dagen midt i øynene på foreldrene. Lillesøster var den eneste i familien som turte å snakke til henne, hun sa; *”Vet du hva – nå synes jeg at du faktisk skal skjerpe deg.”* Kari sier at hun tok seg litt sammen etter dette.

Foreldrene fikk sykemelding og byttet på å være hjemme sammen med henne. I ettertid har Kari forstått hvor redde de var for at hun skulle skade seg eller stikke av.

”Jeg kan ikke fatte hvordan jeg skulle kommet gjennom denne perioden uten familien min.”

”Det som reddet meg var at jeg hadde trygge omgivelser og psykoseteamet”. Slik oppsummerer Kari de to viktigste faktorene for at hun kom gjennom psykosen og kunne fortsette en høyere akademisk utdannelse. Hun tror det hadde stor betydning for foreldrene at de ble inkludert i behandlingen og fikk hjelp til å forstå og bearbeide sine reaksjoner og tanker.

”Ho mamma er det fineste menneske æ har møtt i mitt liv.”

Slik omtaler Lisa sin mor i intervjuet, og hun fortsetter; *”Ho e sterk og ho e snill, og ho e veldig glad i meg og ho har støttet meg skikkelig. Men ho måtte jo mange ganger puffe meg. Æ e veldig stolt av det mamma har gjort. Uten ho vet jeg ikke hvor jeg hadde vært i dag.”*

Et eksempel på hvordan mor har støttet, er at hun hjalp å Lisa til å kunne kjøpe sin egen leilighet. Da Lisa i en periode før dette hadde problemer med å styre økonomien sin, overtok moren bankkortet hennes. Da hun flyttet inn i leiligheten, gav moren henne kortet tilbake.

”Nu skal du styre økonomien din selv, men jeg er vergen din”, sa moren. Etter dette har Lisa betalt alle regningene sine selv. Hun har en gang fått inkassokrav, men det berodde på en misforståelse.

5.2.5. Behandling og behandlere.

”Det hjalp at psykologen sa – slapp av dette ordner seg”.

Katrine synes hun har vært heldig som fikk gå i samtalerapi i to og et halvt år. Først hos en psykiater og så hos en psykolog. Det hjalp å få åpne seg og snakke om ting som hun ikke hadde lyst til å snakke med venner og familie om. Katrine sier at hun av og til ønsket at behandlerne skulle ha svarene hun manglet, men hun måtte finne dem selv. I perioder hvor hun var riktig lei seg og ikke så noe håp, bare hadde lyst til å gråte og skadet seg selv, kunne hun ringe behandleren. Dersom behandleren ikke kunne ta telefonen, ringte hun alltid tilbake. Katrine sier at hun i en periode hvor hun var innlagt i sykehuset, satte stor pris på at noen i personalet fortalte om vansker de selv hadde hatt. Hun oppfattet dette som at hun ikke bare

ble sett på som en syk person, og følte dette som en tillitserklæring. Kari sier at hun aldri har fortalt videre fra slike samtaler.

”Jeg ville ikke ha psykologen som behandler, hun ville sikkert forstå for mye, Jeg valgte en sosionom.”

I hennes første møte med psykoseteamet var det flere tilstede, og Kari kunne velge behandler. I Karis hode var det fullt av komplottter og paranoide tanker. Hun trodde psykoseteamet ville finne ut at hun hadde schizofreni og låse henne inne. Derfor ville hun ikke at de skulle forstå så mye av hvordan hun hadde det. Kari ville bare komme over denne perioden så raskt som mulig, slik at hun kunne fortsette på studiet sitt. I de første timene hos sin behandler brukte Kari opp til to minutter før hun svarte på spørsmål. Hun tenkte på hva behandleren mente med spørsmålet, hvilke konsekvenser det ville få om hun svarte det ene eller det andre. Hun tenkte på hva behandleren ville med spørsmålet hun stilte og hva det neste spørsmålet ville bli. Da hun fikk et skjema som hun skulle fylle ut, ville hun ikke skrive navnet sitt på det, for da hadde de jo beviser mot henne og hennes signatur. Etter hvert gikk det lettere. Hun klarte etter hvert å få tillit til behandleren sin, som sa at hun ikke hadde schizofreni og at hun ikke ville bli innlagt mot sin vilje. Kari møtte sin behandler tre til fire ganger i uka, dette ble viktige holdepunkter og noe konkret hun skulle gjøre i løpet av dagen.

”Terapeuten tegnet mye og forklarte.”

Samtalene var litt annerledes enn Kari hadde forestilt seg. De var veldig fleksible og ble tilpasset henne. Hun ble ikke avhørt eller forsøkt avslørt, og noen ganger var det behandleren som pratet mest. For Kari var det til hjelp å forstå hva en psykose var hva som kunne ha utløst den. Selv om behandleren ikke garanterte at hun ville bli helt frisk, ble hun beroliget av å få vite at de fleste som opplevde en psykose klarte seg fint etterpå. Hun forteller at noen ganger var det bare behandleren som snakket. Behandleren tegnet modeller og forklarte. Dette var nyttig både fordi hun hadde behov for noe annet å tenke på og fordi hun etter hvert forstod det som ble sagt til henne. Kari mener det var svært viktig at foreldrene også fikk mye informasjon og kunne ha samtaler med behandleren uten henne. I disse kunne de spørre om ting de kanskje ikke hadde turt å spørre om dersom hun hadde vært tilstede. Hun vet også at faren ringte og snakket med behandleren en del ganger.

Etter omentrent en måned forsvant det meste av forestillinger og tankekaos for Kari, to måneder senere kunne hun begynne på studiene sine igjen.

”Æ har vært på seminarer , det var svært positivt.”

For Hans har brukerseminarer vært nyttig. Brukerseminarer arrangeres av Rehabiliteringsteamet og foregår på hotell over en hel helg. Både brukere, familie og andre nærtstående personer kan delta. Foredragsholdere er ofte personer som selv har hatt en alvorlig psykisk sykdom. Hans sier det har vært nyttig å lære mer om psykiske sykdommer, særlig når de som underviser selv har erfaring. Det har også vært nyttig, og ikke minst hyggelig å komme i kontakt med andre, som har vært i samme situasjon som han selv og å kunne utveksle erfaringer og lære av hverandre.

Hans mener det er viktig; *” at pasienter får mye informasjon om psykiatri og psykologi, slik de kan lage ord av følelser og ord ut av hvordan ting fungerer”*.

På denne måten kan de også kommunisere bedre med behandlere.

”Æ var som ei nyutsprunget rose.”

Lars sier at han regner tiden før og etter innleggelse i akuttpost. Innleggelsen ble starten på et nytt liv. Han forteller at det ikke gjorde han noe å være på en lukket post, men at det var litt merkelig å måtte ha følge med seg ut de første gangene. Lars bestemte seg for at han ville være innlagt til han ble bra. Han fikk et godt forhold til personalet og fikk for eksempel lov til å sitte ute alene og ta seg en røyk og lese avisen om morgenen. Da Lars følte seg *”frisk og klar”* og ble utskrevet fra akuttposten, fikk han umiddelbar oppfølging fra psykoseteamet.

”Det tilbudet som psykoseteamet har, er kjempebra.”

Da Lars ble utskrevet fra akuttavdelingen følte han seg som et nyfødt barn, uten noe å holde seg fast i. Av psykoseteamet fikk han hjelp til å etablere en struktur i hverdagen, hjelp til å få orden på økonomi og til å komme i gang med sin videre rehabilitering. Lars møtte en del motstand i de ulike systemene han måtte forholde seg til. *”Dæven så æ krangla med A-etat.”*

Uten bistand av psykoseteamet tror han ikke løsningene hadde blitt så gode som de ble.

"Psykoseteamet har stor kompetanse på lover og regler og de har en jernvilje." Parallelt med at Lars fikk oppfølging av psykoseteamet, hadde han samtaler med psykiater

"Psykologen sendte meg kort med bilde av en klovn."

Lisa fikk behandling på Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk (BUP) da hun var liten. Hun husker spesielt en psykolog som hun snakket med. Av denne psykologen fikk hun en almanakk som hun kunne skrive avtalene deres i. Lisa var svært glad i klovner, og hun husker at psykologen en gang sendte henne et kort med en liten klovn på. *"Det var den beste psykologen jeg har hatt"*.

"Gudsjelov at jeg ikke var Gud."

Da Lisa ble litt eldre trodde hun i en periode at hun var Gud. *"Og enda så syk som jeg var, så tenkte jeg at hvis jeg tror jeg er Gud, så må jo psykologen vite noe om det. Jeg spurte om hun hadde hørt at jeg var Gud. Da psykologen svarte nei, tenkte jeg med meg selv; okei, da er jeg ikke det da, og gudskjelov for det. Jeg hadde ikke lyst til å være Gud, bare ho Lisa."*

Lisa ler når hun forteller om dette og forundres både over hvor syk hun var, men også over at hun forstod at det var noe som ikke stemte i hennes forestillinger.

"På arbeidsstua er det kloke folk. ."

Åsa gikk en periode til psykolog og hadde oppfølging av psykiatrisk sykepleier. Hun opplevde at de var mest opptatt av hennes barndom. Dette var hun ikke klar til å snakke om da. Åsa syntes ikke at de forstod hvordan hun hadde det og hva hun slet med. De hun har fått mest igjen for å snakke med, har vært en del mannlige sykepleiere og ufaglærte, de gangene hun har vært innlagt. Den beste støtten og oppbackingen har hun fått på arbeidsstua, både av de ansatte og fra andre pasienter.

"Æ har vært utrolig heldig!"

Kirsti hadde samme lege hele tiden i de 16 årene hun strevde med å komme ut av depresjonen. Det begynte med at han spurte *"Hvordan har du det egentlig?"*

og så lente han seg tilbake og ventet på et svar. Kirsti sier det var første gangen noen hadde spurt hvordan hun hadde det. I den første tiden hadde hun timer ukentlig, senere annen hver uke.

Kirsti gikk også til samme privatpraktiserende psykolog to ganger i uken i over ti år. Hun mener at det at hun fikk bruke så mye tid, har vært en viktig faktor for hennes bedring. Hun kom fra en bakgrunn hvor hun overhodet ikke stolte på noen og trengte tid på å utvikle tillit og trygghet. Et annet viktig aspekt var at de orket å høre på henne og at de ikke forsøkte å ta fra henne den smerten hun bar. Psykologen og legen tålte å se at hun hadde det vondt, uten å dope henne ned, bagatellisere eller stakkarsliggjøre henne.

"Jeg husker en periode mens jeg jobbet med ting som jeg synes var så jævlige at jeg lå og spydde natt etter natt og etter hvert syntes litt synd på meg selv. Da jeg kom til psykologen sa han, ja, ja, flott. Det var ikke hardt sagt, jeg følte empati men ikke noe stakkars deg, det var bare å fortsette å spy."

Psykologen forholdt seg på samme måte til at hun skadet seg selv. Han sa " okei, da var det vel nødvendig for deg å gjøre det". "Vi fokuserte ikke på de fysiske symptomene, men på hva som foregikk i hodet mitt, og vi snakket selvfølgelig om andre måter å få ut følelser på."

Kirsti har en oppfatning av at personell i hjelpeapparatet har vanskelig for å tåle at pasienter har det vondt. Leger skriver for raskt ut dempende medisiner, og andre gir for mye trøst og prøver å pynte på det som har vært smertefullt. Å "klæsjje" med fingermaling og spille volleyball var for Kirsti et alternativ til selvskading i en periode. Hun var kronisk suicidal i åtte år og gjorde flere forsøk på å ta livet sitt. Likevel ble hun ikke lagt inn. *"Var de ikke redde for deg? Jo, de var livredde, men de torte å la meg ha ansvaret"*.

Kirstis psykolog turte noe annet også. *"De torte også å gå utover det å være behandlere"*.

"Æ fikk telefonnummeret til psykologen. "

Psykologen gav Kirsti sitt telefonnummer ganske tidlig og ba henne om å ringe hvis hun hadde behov for det. Hun gjorde det noen få ganger. En jul da Kirsti hadde det spesielt vanskelig og isolerte seg, kom psykologen hjem til henne og kommanderte henne med ut en tur. En annen jul gjorde de en avtale om at Kirsti kunne ringe han hver dag kl. 18, for da så ungene hans barne - TV. Kirsti byttet psykolog etter ti år, men også denne kunne hun ringe til utenom timene. En periode hvor hun skadet seg selv mye, gjorde de en avtale at hun skulle ringe psykologen, som sa *"Stopp!"* Det hjalp.

Kirstis faste lege skrev beskjed til legevakten om at han kunne kontaktes, slik at hun skulle slippe å måtte forklare så mye dersom hun hadde behov for øyeblikkelig hjelp.

Selv om Kirsti svært sjelden ringte sine behandlere i løpet av de 16 årene hun gikk i behandling, var det viktig for henne å ha den tryggheten at hun kunne gjøre det.

For Kirsti har det også vært viktig å få lov til å være sint. *"Ja å få ta helt løs"*

"Din forpulte psykologfan, måtte du råtne i helvet!"

"Tenk at jeg til og med skrev det til han i et brev, rolige og saklige meg."

Kirsti visste at det ikke var psykologen hun var sint på, men det var mot han hun kunne slippe løs det sinnet hun hadde båret på siden barndommen. Det var et slags spill og hun visste at han ikke tok det personlig, sier hun. I løpet av behandlingen gikk Kirsti igjennom mange epoker, som hun ikke hadde gjennomlevd i livet sitt både det å være barn og tenåring.

"Se til helvete å føl!"

Da Kirsti kom til psykologen, hadde hun ingen følelser. Hun visste ikke hva det ville si å være glad eller trist, eller hvordan det føltes å oppleve at noe var pent.

Hun hadde lært seg når hun skulle le og hva som var pent eller vakkert, men gråte kunne hun ikke. Etter å ha gått i behandling i tre år, ble hun mer eller mindre slengt ned på psykologens benk, dunket i ryggen og kommandert *"Se til helvete å føl!"*.

Selv om det var en tøff behandling, tror Kirsti det var nødvendig å bli brutt så hard på.

Kombinasjonsbehandling av en psykolog som reiv ned hennes forsvar og en lege som samlet henne sammen, var etter Kirstis vurdering en god terapi for henne.

"Psykologen jordet meg"

Etter hvert klarte Kirsti å kjenne på sine følelser. Hun forteller i intervjuet hvordan hun i små etapper klarte å kjenne på følelsesmessige sår som gav henne kramper eller krøkte henne sammen i fosterstilling. Det at psykologen la hånden på ryggen hennes, gav henne en følelse av å være jordet og at hun hadde en forbindelse til noe trygt. For Kirsti var det viktig at noen turte å være med henne inn i hennes smerte. Hun sier at det var godt at noen kunne erkjenne hennes traumer og tåle dem. Uten at hun hadde fått bearbeidet disse opplevelsene, tror hun ikke at hun hadde klart å komme seg videre i livet.

”Fysioterapeuten sa hun tenkte: hun er for skadet”

I sin lange bedringsprosess gir Kirsti også mye ære til en fysioterapeut som hjalp henne til å få kontakt med kroppen sin igjen. I samarbeid med fysioterapeuten startet hun på en lang prosess hvor hun til slutt klarte å bli bevisst sin kropp og flytte inn i den.

Fysioterapeuten unngikk ikke det ubehagelige og tålte at hun hadde kramper, men har i ettertid fortalt Kirsti at hun til å begynne med ikke trodde hun kunne hjelpe henne fordi hun anså henne som for skadet. I stedet for å trekke seg, snudde fysioterapeuten på sin tankegang. *”Hun har jo overlevd, det må bety at hun har enorme ressurser.”*

Kirsti sier hun tror hjelpere ofte tenker at mennesker med psykiske problemer er for svake og sårbare til å tåle behandling. *”Hva om de i stedet kunne erkjenne at dette har vært ditt liv, du har tålt å gjennomleve det, - og tenke da tåler du sikkert litt mer også. Hvis pasienten har tålt livet sitt, hvorfor skal ikke helperne klare det?”*

”Herregud, æ flira.”

For Kirsti var det å spille volleyball og slå så hardt hun kunne, en måte å få ut sinne og aggresjon på. Hun forteller at hun en gang hørte en fremmed lyd, det var hennes latter som hun ikke hadde hørt på flere år. Volleyballtreninga var en del av tilbudet på Psykiatrisk dagsenter hvor Kirsti hadde begynt å være. I den første tiden satt hun for det meste i et hjørne og kikket på de andre. Etter hvert ble hun med i aktiviteter her. Etter som hun ble bedre, merket hun at interessen for å lese var begynt å våkne. Hun tvang seg derfor til å sitte på biblioteket en time flere ganger i uka. Her leste hun filosofi, psykologi og teologi. Hun anbefaler varmt boken *”Veien til et jeg* av Ålgård.” Her fant hun ord for det hun selv ikke hadde ord for.

”Presten mente jeg var god nok”

Kirsti forteller om perioder hvor hun opplevde tomhet og en opplevelse av å leve i en intethet. Dette var øyeblikk hvor hun følte at ingen ting hadde betydning for henne. Ikke ting, ikke mennesker, ikke Gud. Etter hvert fant hun frem til en prest, som hun hadde regelmessige samtaler med i over to år.

Denne presten hadde ingen fasitsvar på de spørsmålene Kirsti tumlet med, men han hjalp henne til å tenke og finne sine egne svar. Han trygget henne også på at de svarene hun hadde, var gode nok. Samtalene med presten styrket Kirstis selvfølelse. Når presten mente hun var god nok, hvorfor skulle hun ikke tro det selv? Kirsti er nå aktiv i flere sammenhenger, både innen kirken og i andre frivillige organisasjoner som gir støtte til mennesker som har det vanskelig.

5.2.6. Medisin

”Leponex er en vidundermedin til schizofrene folk”

Lisa er ikke i tvil. Det var etter at hun begynte å ta Leponex, at hun våknet opp. Leponex kan være farlig, derfor må du ha prøvd to andre medisiner uten effekt, før du kan få Leponex. Hun merker noen bivirkninger, men mener at nytten hun har av medisinen er langt større enn ubehaget hun har. Da Lisa første gang fikk medisin, brydde hun seg ikke om hva hun fikk. Hun ønsket bare å få være borte fra den ”uhyggelige verden” og i sin egen fantasiverden. Her skapte hun sine egne skikkelser, det var onkel Amerika, ho sol, en indianer og mange flere. Lisa sier at hun av og til savner sin tidligere fantasiverden, for det var også artig å være i den, spennende og trygt, *”men aldri i verden om æ vil tilbake dit”*.

”Medisinen hadde nok størst virkning på mamma.”

Kari fikk bestemme om hun skulle ta medisin eller ikke. Hun ble tilbudt å prøve en antipsykotisk medisin, men avsto dette da hun tenkte at den er det bare schizofrene som får. Da psykosen bleknet, kom depresjonen. Hun gikk derfor med på å prøve en antidepressiv medisin. Kari sier hun ikke merket noen effekt av medisinen, men sier hun jo ikke vet om det hadde gått like greit å komme ut av depresjonen uten medisinen. Hun tror imidlertid det var viktig for foreldrene at hun tok medisin. Det var liksom noe konkret.

”I det siste har jeg tenkt på å ringe fastlegen for å drøfte om æ kan slutte med...”

Lars har tatt antipsykotisk medisin siden han ble innlagt på akuttposten. I de siste årene har han tatt en liten dose, en såkalt vedlikeholdsdose. Nå kjenner han seg så trygg at han har tenkt

på å ringe legen for å drøfte om han skal slutte å ta medisin. Siden han har arbeidet mye overtid og vært sliten, har han imidlertid tenkt at det er best å vente til livet blir litt roligere.

” Æ e veldig fornøyd med Lithium.”

Åse har prøvd flere medisiner. En stund brukte hun antidepressive medikamenter, som hjalp henne til å holde humøret oppe og være litt blid. Dette hadde imidlertid vært hennes måte å dekke over at hun hadde det vanskelig på, så medisinene hjalp henne til å skjule hvor tungt hun egentlig hadde det. Angsten var ille, men verst var depresjonene. *”Jeg kunne ikke tenke klart og ikke sette ord på tankene som florerte i hodet mitt.”*

Nå bruker hun antipsykotisk medisin og Lithium, som hun er fornøyd med. Åa synes hun har det bra nå, men synes ikke at hun er ferdig med sin bedringsprosess ennå.

”Å begynne med Lamictal var starten på å få det bedre.”

Katrine var innlagt to ganger for depresjon, før noen forstod at hun hadde en bipolar lidelse. Da hun fikk denne diagnosen, falt mange ting på plass for henne. Det tok imidlertid nesten et år før hun merket virkning av medisinen, og ytterligere et halvt år før hun fikk full effekt. Katrine forteller at hun hadde store humørsvingninger. Fra å være i skikkelig godt humør til å plutselig merke at hun var på vei ned igjen. Hun merket at noe skjedde ved at energien begynte å gå ut av kroppen, hun ble urolig og det kriblet i hele henne. Det gikk så fort at hvis hun var ute måtte hun bare forte seg hjem. Etter noen dager ble hun roligere, men var humørmessig flat en stund, før hun igjen kjente at humøret steg.

Å få diagnosen, vakte et håp om å kunne bli bedre, men i den tiden hun ventet på effekt, hadde hun mange dager hvor hun ikke så noe stort poeng med livet.

Katrine er glad hun ikke gav opp, og sier hun ikke hadde trodd at hun ville bli så bra som hun er nå. Når hun tenker tilbake på denne tiden, sier Katrine at hun nok hadde effekt av medisin en stund før hun selv merket det. På tross av at hun i mange år slet med depresjoner, var det få som visste hvordan hun hadde det. Katrine sier hun var flink til å ta på seg en maske og så mer lykkelig ut enn hun var. Hun tror at hun var så vant med både å være deprimert og å skjule det, at det tok en stund før hun oppdaget at hun virkelig var blitt bedre.

Da hun merket dette, ble livet også kjedeligere. Oppturene hvor hun gjorde impulsive ting, ble borte. Hun savner disse periodene og sier A4 livet var vanskelig å takle i begynnelsen.

”Rusket av tanker og energi, det savner jeg den dag i dag. Nå kjeder jeg meg av og til.”

Katrine har i løpet av de siste årene fullført ungdomsskolen, tatt videregående skole og er i ferd med å avslutte en bachelorutdanning. Hun har ikke bestemt seg helt ennå, men tror hun kommer til å fortsette på et masterstudium. *”Av og til har jeg litt vanskelig for å konsentrere meg, men jeg tror vel det er helt vanlig.”*

”Æ nekta å ta B preparater.”

Kirsti forteller at hun nektet å ta beroligende medikamenter, hun har heller ikke tatt sovemedisin unntatt i noen få perioder. Hun mente at hun måtte ha rett til å klage over mangel på søvn, eller på fryktelig angst, uten at hun skulle ta noen medisin. Kirsti mente at angsten og depresjonen var et utslag av det hun slet med. Det kunne ikke medisiner ta bort. Hun forsøkte antidepressive medisiner, men syntes bare de tok bunnen av depresjonen og gjorde henne flat humørmessig. Kirsti aksepterte imidlertid å ta et antipsykotisk medikament for at ikke tankekaoset skulle bli for voldsomt og som beskyttelse. Kirsti brukte denne medisinen i 14 år, hun tror den var viktig for at hun klarte å gjennomføre den behandlingen hun fikk.

5.2.7. Andre personer

”Æ ville ikke at de skulle se hvor syk æ var.”

Kari hadde venner som kom på besøk og tok henne med ut, men noen ganger ville hun ikke ha besøk for at de ikke skulle se hvor syk hun var. Kari's holdning er representativ for de fleste av informantene. Noen brøt helt kontakten med venner da de ble syke, andre, som for eksempel Katrine, tok aktivt kontakt med gamle venner i perioder hvor hun hadde overskudd til det. Når hun var lengst nede, ønsket hun ikke kontakt.

Hun ville ikke utlevere seg og blottstille seg, eller vise vennene sine at hun gråt.

Alle informantene har etablert nye vennemiljø. Noen har sine nærmeste venner innenfor ulike brukergrupper som de deltar i, andre har funnet venner gjennom arbeid og deltakelse i ulike aktiviteter. En av informantene var samboer og hadde sitt viktigste nettverk blant samboerens venner.

Lars oppsøkte et miljø hvor han tidligere hadde vært aktiv og ble med på dugnader og arrangementer, men fortalte ikke om at han hadde vært innlagt i sykehuset. Dersom han ikke var i form, holdt han seg hjemme.

”Kjæresten min er kjempesnill,- det er godt å ha kjæreste.”

Kari forteller at hun fremdeles har vanskelig for å snakke om følelser, mens kjæresten er flinkere til det. Kjæresten er kjempesnill og tålmodig. Kari sier at de noen ganger krangler om helt teite ting, *”men det er jo ilamme kjæresten at man får lov til å være seg selv. Æ trur æ e flink til å si unnskyld når æ blir urimelig.”*

” Det er slike som deg vi trenger.”

For Kirsti har det å bli møtt slik, vært starten på å komme inn i miljøer og få venner innenfor ulike støttegrupper hvor hun også selv kan være til hjelp for andre.

” Æ trives utrolig bra med mæ sjøl.”

Lisa har mange venner, men ingen bestevenninne. Hun trives best ute blant mange mennesker, da kjenner hun seg tryggest. Lisa gjør også mange ting alene, fordi hun liker seg i sitt eget selskap.

6. TOLKNING

6.1. Innledning.

I forrige kapittel er det sentrale meningsinnholdet i de transkriberte intervjuetekstene fremstilt under fem overskrifter.

I dette kapitlet vil noen felles- og særtrekk i den analyserte teksten bli fremhevet og tolket. Å tolke betyr ifølge Kvaale å gå dypere inn i materialet enn til det som er direkte uttalt, og å utarbeide strukturer og meningsrelasjoner som ikke umiddelbart kommer til syne i teksten. (Kvaale 1999).

Intervjuer som datamateriale kan tolkes fra mange perspektiver og innfallsvinkler. I tråd med oppgavens tema og problemstilling er søkelyset rettet mot det subjektivt uttrykte i informantenes fortellinger. En annen innfallsvinkel kunne vært å lete etter mulige skjulte eller ubevisste meninger bak deres ytringer. En tredje inngangsport kunne være å analysere hvilken betydning eksempelvis sosiale faktorer som økonomi, bolig, deltakelse i aktiviteter og samfunnsliv har hatt for deres bedring.

Kvaale hevder at å tolke krever en viss distanse til teksten, noe han mener kan oppnås gjennom at utsagn blir satt inn i en ny begrepsmessig kontekst. Jeg har valgt å utdype min forståelse av informantenes fortellinger gjennom å knytte de til et teoretisk perspektiv, som oppfattes å være nyttige for studiens forsett og passende til det utsnitt av den sosiale virkelighet som er valgt. Anvendt slik vil en teoridannelse kunne sammenlignes med en hypotese som prøves ut, for å bli bekreftet eller avkreftet. Jeg har valgt å benytte symbolsk interaksjonisme til dette formålet, da denne teoretiske tradisjonen slik jeg ser det, bygger bro mellom en samfunnsvitenskapelig- og psykologisk posisjon.

6.2. Symbolsk interaksjonisme.

Symbolsk interaksjonisme er et samfunnsvitenskapelig perspektiv, en måte å forstå på og et utgangspunkt for å analysere sosiale situasjoner og fenomener. Det er vanlig å definere sosial interaksjonisme gjennom fire postulater. Det ene av disse er at handlinger primært blir forstått ut fra den handlendes definisjon av situasjonen. Dette er formulert slik "If men define situations as real, they are real in their consequences". Thomas&Thomas 1928. i Trost og Levin1996). Teoremet uttrykker at det et menneske oppfater som virkelighet også bestemmer dets atferd.

Det andre postulatet er basert på en forståelse av at mennesket er et sosialt vesen, som fra fødselen søker å relatere seg til andre og til sine omgivelser gjennom å delta i samhandling. All interaksjon oppfattes derfor som sosial, også når en tenker eller snakker med seg selv. Å interagere er innenfor symbolsk interaksjonisme noe annet enn å kommunisere, selv om kommunikasjon kan være en del av en interaksjon. Begrepet interaksjon rommer både språk og non verbal kommunikasjon, men også persepsjon gjennom sanseorganene, tenking, bevissthet, mening, å kunne sette seg inn i andres situasjon, å kunne løse problemer med . mer. Ord, begreper, tegn, oppførsel, utseende, klesdrakt, handlinger, persiperte opplevelser, og hendelser, karakteriseres i symbolsk interaksjonisme som symboler forutsatt at de er meningsfulle og tydelige. Det tredje postulatet innefor sosial ineraksjonisme, er derfor at all interaksjon foregår ved hjelp av symboler.

Det fjerde postulatet hevder at mennesket er aktivt, foranderlig og handler i nået. Dette innebærer at mennesket er et produkt av alle sine erfaringer, og at handlinger er bestemt av hvordan en situasjon blir definert på bakgrunn av disse erfaringer i nuet.

6.3.Eget grunnsyn.

Det finns ingen ferdige oppskrifter eller teknikker for terapeutisk arbeid. Ingen menneskelige problemer er like og hvert menneske lever i sin særegne livssammenheng. For å kunne skape en viss oversikt over all den informasjon hvert nytt menneske bringer med seg, er det behov for å ha en teoretisk referanseramme eller et ankerfeste, som kan romme antagelser om personlighetsutvikling, patologi og endring eller bedring. Et slikt grunnsyn er ikke bare rasjonelt betinget, personlige verdier og subjektive erfaringer vil også være innblandet i ens grunnsyn. (Høstmark Nilsen i Axselsen –Hartmann 1999)

Mitt eget ståsted er i hovedsak overensstemmende med en grunnleggende forståelse av mennesket som et sosialt vesen, slik basis er for både symbolsk interaksjonisme og de fleste psykologiske modeller. Jeg reserverer meg imidlertid mot den form for reduksjonisme som er innebygget i å forstå intrapsykiske mekanismer utelukkende som relasjonelle prosesser. Levin og Trost hevder at ordet personlighet ikke finnes i det interaksjonistiske språk. Isteden oppfattes mennesket som gjørende, i betydning av å være i en kontinuerlig identitetsmessig forandringsprosess, knyttet til interaksjon med andre sosiale objekter.

Mitt ståsted heller mot en forståelse av at mennesket i sin intrapsykiske struktur har et personlig selv, som i tillegg til samspill med andre, også har utviklet seg som et samspill innenfor individets egne premisser og som gir hvert menneske sin unike egenart.

Med egne premisser menes eksempelvis medfødte faktorer som temperament og kreativitet. Innenfor en forståelsesramme påvirket av psykodynamisk teori formuleres dette perspektivet som "selvets forhold til seg selv". Denne formulering kan forstås som at selvet, som innenfor symbolsk interaksjonisme oppfattes som et sosialt selv, interagerer med en mer stabil identitet, et personlig selv (Monsen 1990) Den intrapsykeiske struktur avspeiles blant annet gjennom forventningssystem, innstillethet, atribusjonsstil, bevegelsesmønstre og handlinger. I hvor stor grad arv og biologisk konstitusjon påvirker menneskets personlighet er ikke avklart, men må inkluderes i en forståelse av selvbegrepet.

Når Lisa uttrykker at hun gleder seg over de små ting i livet og sier "*..å glede seg i dagen, det er luksus det*", eksemplifiserer hun det jeg legger i å ha et personlig selv.

Å utvikle teorier kan gi status og bli et mål i seg selv. Slik jeg ser det, er psykologiske mekanismer for kompliserte til å kunne bli forstått ut fra en enkelt teori, om de overhodet kan forklares teoretisk. Som overfor nevnt kan dette lett ende i en form for reduksjonisme. En annen fare slik jeg ser det, kan være at teoridanneren ufrivillig utarbeider en kausjonanalitisk modell. Med det menes en fare for at en teori kan bli gitt betydning som årsak – virkning forklarende

6.4. Sosialt arbeid som fag.

Innenfor et psykiatrisk behandlingssystem befinner sosialt arbeid seg i et samvirke med flere andre fagdisipliner, som medisinsk psykiatri, psykologi og sykepleie. Teoretisk kan sosialt arbeid både plasseres i skjæringspunktet mellom tilgrensede fag og som overlappende disse. Det særegne for faget sosialt arbeid, er at det er orientert mot og forener mikro- og makroperspektiv. Det sentrale fokus for sosialt arbeid er individet og dets samhandling med dets sosiale miljø, og de sosiale og materielle rammevilkår som omgir det.

I tråd med oppgavens forord er et slikt perspektiv rendyrket for å kunne utfylle og berike, men også utfordre andre innfallsvinkler til psykiske problemer, hvor individets relasjoner og sosiale miljø har liten oppmerksomhet.

6.5. Aktør i eget liv.

Et fellestrekk ved alle intervjuene er at informantene formidler at de selv har ytt stor innsats og vært sentrale aktører i sin bedring. Dersom en betrakter psykiske lidelser som en sykdom en ikke har skyld i og behandling som noe den syke mottar av andre, kan dette være overraskende. I medias omtale heter det ofte at "pasienten venter på behandling", eller

pasienten var innlagt for behandling av sin... Når psykiatrisk behandling omtales slik, understrekes en oppfatning av at behandling er noe en mottar av andre. Slagordet ”rett behandling til rett tid og vektlegging av evidensbaserte behandlingsmetoder, er andre faktorer som befester en slik oppfatning. Jeg velger å betegne den som en medisinsk forståelse. I en slik forståelse blir egen deltakelse gjerne forstått som en medvirkende faktor i behandlingen, som del av et rehabiliteringstiltak eller som forebyggende innsats. Eksempelvis når en hjertesyk begynner å mosjonere og leve et sunnere liv enn tidligere. For en person med kjennskap til psykologisk behandling vil den vekt informantene legger på sin egen aktivitet, kunne være en verifisering av at psykologisk behandling er en svært krevende prosess og en bekreftelse på at behandleren har lyktes i å aktivere pasienten i behandlingen.

6.6. Dialoger med seg selv.

Åse sier at hun i store deler av sin sykdomsperiode arbeidet med seg selv. Hun forteller i intervjuet om hvordan hun konfronterte seg selv med det som var vanskelig, samtidig som hun lette etter tanker som kunne kompensere for de vanskelige tankene hun hadde. Åse klarte også å utvikle måter å overvinne tankeforstyrrelser og hallusinasjoner på. Med utgangspunkt i symbolsk interaksjonisme, kan Åse sies å interagere med seg selv, gjennom sin evne til å holde en indre dialog. Et eksempel på dette er når hun sier til seg selv ”*Jeg kan ikke fortsette å ha det slik*” om sin angst for å gå ut. Et annet eksempel på det samme er det når Åse skryter av seg selv. I dette finner Åse en erstatte for det som kunne vært en annen person i seg selv. Virkning av skryt er den samme, hun blir stolt av seg selv. Åse relaterer seg til de vanskelige tankene gjennom å møte dem nesten som i en ”ansikt til ansikts situasjon”. Gjennom å konfrontere seg både med tankenes faktiske innhold, emosjoner og handlinger som hun knytter til disse, interagerer hun med seg selv. Når Åse interagerer med seg selv, vil en ut fra symbolsk interaksjonisme si at hun handler i nuet, men at hun henter frem erfaringer hun har gjort seg tidligere og benytter seg av dem på en ny måte. (Levin/Trost 1996). Dette perspektivet er en parallell til den terapeutiske teknikken reformulering, hvor det å reformulere et traume kan gi en annen forståelse og dermed åpne for andre løsninger. (Axselsen i Axelsen – Hartmann 1999)

Når Åse ikke velger å rømme unna de vanskelige tankene, begrunner hun dette med at hun visste at hun måtte igjennom disse likevel. Det er neppe sannsynlig at dette er noe Åse finner ut der og da, langt mer trolig at hun tidligere i livet har gjort seg erfaringer om at det hjalp å møte vanskelige tanker.

Åse sier at det hjalp å sortere de vanskelige tankene og at hun ”psyket seg opp” ved å tenke på små gleder og lyspunkter i livet. Dette kan forstås som at Åse har evne til å danne seg tanker om de tankene hun har. I en psykologisk språkdrakt kan en si at hun har evne til å danne metatanker som hun også er i stand til å interagere med. Å danne metatanker kan for eksempel bety at en tenker over hvor stor oppmerksomhet en vil gi til vanskelige tanker. I hvor stor grad skal de få influere på livsutfoldelsen? Andre eksempler på metatanker kan være - Inneholder tilværelsen andre dimensjoner som muliggjør at en både kan tenke på vanskelige tanker og samtidig oppleve glede på andre livsområder?

En annen måte å uttrykke dette på, kan være å si at en har evne til å vurdere sine vansker i perspektiv mot andre sider av tilværelsen.

”Å høre stemmer er som å ha en radio inne i hodet”.

Åse beskriver hvordan stemmene hun hørte forstyrret både tankeprosess og tankeinnhold. Hun lærte å overvinne disse vanskene ved å tenke høyt og late som om hun snakket med noen. Åse brukte altså sin evne til å interagere for å overvinne sine tankeforstyrrelser. Hvor vanskelig dette må være kan illustreres ved følgende anekdotiske utsagn ”Jeg er ikke sikker på om det er meg som tenker tankene mine” (Tittel på egen eksamensoppgave SEPREP 2003)

Hun utnyttet også denne evnen til å ta kontroll over stemmer, som i perioder var svært plagsomme for henne. Hun ba dem om å ”pigge av”. Det Åse gjør i denne situasjon, kan betegnes som å interagere med ”immaterielle andre”.

Lignende måter å overvinne stemmer på, er også beskrevet av andre mennesker som hører stemmer uten å ha andre symptomer på en psykisk lidelse. Disse menneskene kaller seg stemmehørere. Noen av disse har skrevet om fenomenet ”å høre stemmer” og har utviklet hjelpeprogrammer for andre med samme plager. Innenfor et ståsted i symbolsk interaksjonisme, er det igjen relevant å henviser til ”Thomas teoremet”, som et perspektiv å forstå en slik immanent interaksjon på.

For Åse er stemmene virkelige, selv om ingen andre kan høre dem. Hun forholder seg dermed til dem som reelle, og stemmene reagerer slik hun forventer at de skal gjøre. Det er nærliggende å tenke at Åse disiplinerer stemmene til å ikke snakke i munnen på seg, ved å late som om hun snakker med andre, slik hun selv kanskje ble oppdratt. Når stemmene blir borte når hun ber dem om å forsvinne, jager hun dem bort som en ville gjort med en uforskammet person i en reell situasjon. Å høre stemmer ansees som en persepsjonsforstyrrelse av psykotisk kvalitet.

Psykosens omfang og dybde vurderes gjerne ut fra om personen har forståelse av at opplevelsene ikke er virkelige, eller om vedkommende oppfatter disse som reelle og forholder seg til symptomene som virkelige.

Lisa har beskrevet hvordan hun i mange år levde i en psykotisk fantasiverden, mens for andre var de psykotiske periodene av kortere varighet. Et menneskes psykotiske verden er både fascinerende og skremmende. Fra et interaksjonistisk ståsted kunne det være interessant å reflektere over om det ville være mulig å utvikle en forståelse av hvordan mennesker kan interagere med sine psykotiske opplevelser, samtidig som de kan fremstå upåfallende i samhandling med andre mennesker.

En kan tenke seg at disse menneskenes evne til å relatere seg til to parallelle verdener, er en egenskap som kommer til nytte når Åse og Lisa klarer å overvinne sine psykotiske symptomer etter at de begynner å forstå at disse kanskje ikke er helt reelle. I en psykiatrisk språkdrakt vil dette si å ha en begynnende evne til realitetstesting.

6.7. Er det en mening med det hele?

Kirsti forteller at hun bestemte seg for å ikke gjøre flere forsøk på å ta livet sitt da hun fant ut at det vel ikke var meningen at hun skulle dø, siden hun ikke hadde klart det de andre gangene hun hadde prøvd heller. Innen symbolsk interaksjonisme kan en forstå Kirstis opplevelse av at det ikke var meningen at hun skulle dø, som en realitet for henne. Hun velger å forholde seg til sin forståelse og lar den bli bestemmende for hvordan hun handler senere. Selv om tanken på å dø for å slippe unna sine problemer dukker opp igjen, velger Kirsti å leve. Fra et psykologisk perspektiv kan en forstå det Kirsti gjør som en bevisst eller ubevisst strategi, hvor hun tillegger ytre forhold mening. "Det var vel ikke meningen at jeg skulle dø". Denne mekanismen betegnes innenfor attribusjonsteori som å tilskrive mening og kontroll til ytre faktorer. (Axkselsen i Axelsen- Hartmann1999)

Informanten som har gått i langvarig psykoterapeutisk behandling, gir stor kreditt til sine behandlere primært, men nevner at det også var viktig for henne å få gjennomleve ulike utviklingsstadier og bearbeide traumer.

Det finnes flere måter for å forstå hva som skjer når et traume mister sitt lammende grep på et menneske. En kan forstå det som en avledningsprosess, eksempelvis ved at traumet blir stilt i skyggen av andre og kompenserende opplevelser. En annen forståelse kan knyttes mer direkte til hjernefunksjonelle forhold, som at hjernen omprogrammeres.

En slik forståelse er bakgrunn for nyere behandlingsteknikker som tankefeltterapi og EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing", hvor siktemålet er å endre personens indre bilder av en traumatisk hendelse.

I en psykodynamisk forståelsesramme ville det å avlaste traumets emosjonelle påvirkning gjennom å gi det en ny mening, være en måte å forstå en slik prosess på.

I mer folkelige uttrykksformer sier en at en bearbejder hendelser og forstår det å kunne snakke gjennom en hendelse med andre, som viktig for å komme over traumet og videre i livet.

Innenfor symbolsk interaksjonisme vil en forstå en prosess for å overvinne et traume, som at personen henter opp tidligere erfaringer og bruker disse som redskaper for å danne seg en mening og forståelse av det hendte, sette det i perspektiv til andre livsområder og handle for å dempe traumets emosjonelle belastning. En terapeut vil i en slik forståelse være en katalysator for personen til å huske tidligere erfaringer som kan være nyttige for å forstå og finne måter å overvinne traumet på gjennom meningsdannelser og handlinger. For Kirsti kan det å skrive sees på som en dialog og en interaksjon med seg selv. Å skrive innebærer å huske, sortere og strukturere. I språket har vi flere metaforer knyttet til det å skrive; skrive det ned, samle det mellom to permer, lukke boka og legge boka fra seg for å nevne noen. Når Kirsti forteller at hun har skrevet 40 A-4 hefter fra den perioden hun strevet med å komme ut av depresjonen, indikerer dette at skrivingen har vært viktig og meningsfull for henne.

Å skrive skaper nærhet, men også distanse, ved at en kan lese det en har skrevet i ettertid, ta pauser og avslutte når en er ferdig. Å skrive kan gi den tilstrekkelige avstand til at individet kan finne nye måter å forholde seg til sin situasjon på.

Disse perspektivene inneholder flere av hjørnesteinene i symbolsk interaksjonisme, som at individet både definerer situasjonen og handler i nuet, at hun interagerer med sine tidligere erfaringer gjennom at disse fremstår som bilder eller symboler for henne. Disse erfaringene kan bestå av tanker, meninger, emosjoner og handlinger. Til slutt kan en forstå disse erfaringene som symboler, og at de er blitt til virkelighet for henne slik at hun foretar valg og handler ut fra at hun forstår dem som sanne.

6.8. Avgjørende øyeblikk.

I informantenes fortellinger beskrives ofte bestemte hendelser eller tidspunkt som fikk avgjørende betydning for dem. Jeg har i oppgaven valgt å kalle dette for vendepunkter i tråd med eksempelvis Topor. (Topor 2001).

Overfor er det allerede henvist til Kirsti, som bestemte seg for å ville leve da hun ble utskrevet fra sykehus etter et forsøk på suicid en nyttårsaften.

Lars tok et valg om ”å ta tak i livet sitt” samme kveld som han ble innlagt i akuttavdeling.

12 års motivasjonsarbeid ble til en bestemmelse i løpet av en dag. Selv om han beskriver seg som ganske fjern og psykotisk, var Lars i stand til å foreta et grunnleggende valg om å endre livsførsel. Umiddelbart sier dette mye om ressurser, noe jeg kommer tilbake til senere. I

denne sammenhengen retter jeg oppmerksomheten mot hvordan en kan forstå den

bestemmelse Lars tok. Lignende prosesser beskrives ofte i muntlig tale, som at Lars hadde nådd bunnen, eller kommet frem til sannhetens øyeblikk eller erkjennelse, og at dette gjorde det nødvendig å endre levesett. Hvorfor skjer dette når det skjer, og i en situasjon hvor han psykisk sett er i en slik tilstand at han fyller vilkår for innleggelse i psykiatrisk sykehus?

Hva er det i denne situasjonen som utløser en bestemmelse han har tenkt på å ta i 12 år? Kan symbolsk interaksjonisme tilby en forståelse?

Lars forteller at det var hans mor som tok initiativet til at han ble innlagt i sykehuset, etter at han en morgen opplevde at alt ble svart rundt han. Mens de ventet på legen, sier Lars at han husker moren gråt. I intervjuet sier han ”Jeg tror dette medvirket til at jeg forstod at nå måtte jeg ta et tak”. Lars har tidligere i intervjuet beskrevet en sterk tillit til og beundring for, sin mor, som også tidligere hadde tatt initiativ til at han hadde fått hjelp. Innenfor symbolsk interaksjonisme omtales familien ofte som en ”primærgruppe”. Det er i primærgruppen at barnet sosialiseres og lærer sine grunnleggende ferdigheter. Personer i primærgruppen betegnes som ”signifikant andre”. Disse personene har stor betydning for hvordan vi utvikler vårt selv og forestiller oss våre omgivelser. Når Lars interagerer med mor, er de også sosiale objekter for hverandre. Interaksjoner foregår gjennom symboler, handlinger. Gester, mimikk og emosjonelle ytringer kan også være symboler. I en slik forståelse kan mors initiativ til innleggelse forstås som en symbolhandling som kan uttrykke omsorg, frykt, håp, styrke og handlingsevne med mer. Et symbol må bli mottatt og fortolket før det i interaksjonistisk forstand oppfattes som et symbol. En forutsetning for dette er at symbolet er tydelig og meningsfylt.

To andre begreper innenfor symbolsk interaksjonisme, som er viktige for å forstå handlinger er; å ta andres roller ”role – taking” (Mead i Levin/ Trost 1996) og sympatisk introspeksjon ”sympathetic introspection” (Cooley i Levin/Trost 1996) .

Role- taking er å forestille seg hvordan andre tenker, føler og definerer en situasjon. Det innebærer å kunne sette seg i den andres posisjon og identifisere seg med den.

Begrepets meningsinnhold ligger svært nært opp til begrepet empati. Sympatisk introspeksjon handler om å sette seg inn i og føle samhørighet med hvordan en annen tolker, forstår og opplever en situasjon, uten å nødvendigvis å gå veien om egne forestillinger.

Med en slik begrepsmessig definisjon av symbolsk interaksjonisme, kan dette perspektivet stå i fare for å bli fremstilt som svært teoretisk og abstrahert fjernt fra hverdagen. Det må derfor understrekes at en innenfor symbolsk interaksjonisme forstår følelser som den primære motivator bak både handlinger og tankevirksomhet. Med disse begrepene fra symbolsk interaksjonisme, har en verktøy for å kunne konstruere en forståelse av den interaksjon som foregår mellom Lars og hans mor i innleggelsessituasjonen.

En kan tenke at det i interaksjonen mellom Lars og mor overføres symboler som både når et bevisst og et ubevisst forståelsesplan hos Lars. På bakgrunn av at mor er en svært betydningsfull person for han, kan Lars forestille seg hvordan mor tenker og føler, han kan også forstå og sette seg selv inn i hennes forestilling av situasjonen.

Symbolene i interaksjonen får derfor stor rasjonell og følelsemessig betydning for Lars. Det leder til at han definerer situasjonen han er i som en "nå eller aldri situasjon". Siden han også handler relevant med en slik forståelse, er det igjen mulig å henvise til Thomas teoremet *"Hvis menneskene definerer eller oppfatter situasjonen som virkelig, er den også virkelig i sine konsekvenser"* (Levin -Troost 1996)

For Katrine, som var sterkt plaget av angst og tvangstanker, utviklet det seg over tid en bestemmelse om at hun ville overvinne disse plagene. Hun bestemte seg for å gå ut på kafe for å treffe venner, selv om hun var urolig og hadde angst. Etter hvert slapp både angsten og tvangstankene taket. Katrine bygget en bro mellom terapeutens forklaring av hva angst var og morens forklaring om at hun gråt fordi hun var redd da hun var liten.

På samme måte som Kirsti, henter Katrine frem erfaringer fra hun var liten og benytter dem i nuet, for å løse sine problemer. Med bakgrunn i beskrivelsene av symbolsk interaksjonisme tidligere i kapitlet, byr det ikke på store vanskeligheter å trekke forbindelser til en forståelse av det å tenke som en interaksjon med seg selv og til tankeinnhold som symboler.

For å forstå Katrines vendepunkt, kan en fremstille dette som en triangulær interaksjon mellom Katrine i nuet, terapeuten og Katrine i barndommen. Gjennom denne interaksjonen forbinder Katrine erfaringer fra barndom med terapeuten forklaring av angst. Hun finner gjennom dette en mening og en sannhet som bestemmer hvordan hun handler.

Et annet vendepunkt inntraff for Katrine da hun fikk ”rett diagnose og rett medikamentell behandling”. I beskrivelsen av symptomer som faller innenfor denne diagnosen, kjente Katrine igjen mange av sine symptomer. Hun fikk en forklaring på hvorfor hun har hatt så sterke humørsvingninger. Mange er skeptiske til diagnoser, men for Katrine ble den en sannhet. Hun omtaler det som en åpenbaring å få diagnosen. En bipolar tilstand er den psykiske lidelse som i sterkest grad har en biokjemisk årsaksforklaring. Det innebærer at det finnes standardiserte retningslinjer for medikamentell behandling. Selv om hun må vente i over et år før hun kjente effekt av den medisinen hun fikk, og i denne perioden også opplever sterke stemnings svingninger, valgte Katrine å fortsette å ta medisinen.

Fra en symbolsk interaksjonistisk synsvinkel kan en si at Katrine definerte sin diagnose og behandling som sann, og på bakgrunn av interaksjonen med sin behandler, som for henne var en signifikant andre person, handler hun slik denne har anbefalt. Katrine hadde samme behandler over flere år. Hun kunne ringe til henne utenom avtaler og det hjalp når behandleren sa ”...dette ordner seg”. Katrines behandler ble en svært betydningsfull person for henne. Dette leder over til andre vesentlige faktorer som har hatt betydning for informantenes bedring – andre menneskers betydning og håp.

6.9. I identitet.

Selv om informantene har tillagt sine egne anstrengelser stor betydning for sin bedring, kan de fleste intervjuene, med et utgangspunkt innenfor sosial interaksjonisme, fortolkes som fortellinger om samhandlinger med sosiale objekter. Innenfor sosial interaksjonisme oppfattes mennesker som sosiale objekter for hverandre. Menneskets identitet og selvforståelse dannes gjennom samhandling med andre, samhandlingen skjer for en stor del gjennom overføring av symboler.

Self concept, that is the process of making an object of one's self and the process of role taking. Ultimately, the self is an acquired interaction with significant others.
(Biernacki 1986 i Sårheim 2004 s.39)

Begrepene selv og identitet har mange likhetstrekk og ligger nært til hverandres betydningsinnhold. I psykologisk teori oppfattes selvet som overordnet det individuelle og inkluderer både intrapsykiske og interpersonlige bevissthetsdimensjoner. Innenfor symbolsk interaksjonisme har betegnelsen det ”sosiale selv” samme meningsinnhold. Psykiatriens forhold til pasienters nære pårørende, er et tema som ofte kommenteres i debatt om psykiatrisk behandling.

Begrepet selvfølelse brukes i psykologisk teori, for å beskrive hvilket forhold individet har til seg selv, når det eksempelvis gjelder å kjenne at ønsker, behov og følelser tilhører en selv.

Den psykologiske forståelsen av selvfølelse oppfatter jeg som parallell med begrepet I, som beskriver en subjektiv opplevelsesdimensjon (Mead i Levin – Trost 1996).

Identitet beskriver en mer stabil og symbolsk form for selvoppfatning og inkluderer både det intrapsykiske og det interpersonlige plan. Innenfor symbolsk interaksjonisme oppfatter jeg begrepet "Me" dekkende for identitsbegrepet. Felles for både generelle psykologiske teorier og symbolsk interaksjonisme er at selvfølelse og identitet kontinuerlig dannes i samspill med andre.

Ut fra at alle informantene hadde respondert på en forespørsel om å fortelle sin bedringshistorie fra en alvorlig psykisk lidelse, kan en hevde at alle hadde en selvforståelse som tidligere psykisk lidende. Innenfor symbolsk interaksjonisme kan dette oppfattes som deres I. Ingen av informantene anså seg imidlertid som psykisk syke ved tidspunktet for intervjuet. De hadde endret sin selvoppfatning fra noe og til noe annet. Informantene presenterte ulike oppfatninger av seg selv. En oppfattet seg som student og var i ferd med å avslutte en utdanning som ville gi henne et sikkert arbeide og god økonomi. En informant var ferdig med sin utdannelse, hadde fast arbeid og hadde nylig stiftet familie. Han hadde også påtatt seg viktige samfunnsnyttige verv. 4 informanter var uføretrygdet, en av disse hadde en bistilling, de tre andre savnet ikke arbeid da de opplevde å ha en meningsfull tilværelse uten. Alle tre var på ulike måter involvert i å støtte andre med lignende problemer som dem selv. Informantene bekreftet altså ikke de stereotypene som er knyttet til mennesker med en psykisk lidelse, som hjelpeløse, avhengige av hjelp, ustabile og kontrollsvake .

Stereotypene som ofte er forbundet med mennesker med en psykisk lidelse, betegnes innenfor sosiologien som forventninger til mennesker i spesielle situasjoner eller sosiale posisjoner. Disse forventningene konstituerer sosiale roller, sammen med de normer som er knyttet til situasjonen eller posisjonen. Innenfor sosiologien er rolle og identitet nært sammenknyttet. I forrige kapittel behandlet jeg stigma knyttet til psykiatriske diagnoser, jeg vil her se nærmere på det å forlate en rolle som psykisk lidende. I sosiologisk terminologi kan informantens bedrings prosess betegnes som en rolleutgang. Det finnes mange eksempler på rolleutganger, eks. overgangen fra student til arbeidstaker, fra ugift til gift, fra barnløs til foreldre osv. Mange roller er institusjonalisert i samfunnet, og det er ofte knyttet ritualer til disse overgangene, som bryllup ved ekteskapsinngåelse og navnefest eller dåp for barn. Til disse rollene er det etablert tydelige forventninger og normer.

Å ikke oppfylle disse, blir definert som avvik. Det finnes ikke etablerte roller for mennesker som har hatt psykiske problemer, noe de har til felles med mennesker som har hatt rusproblemer. En kan også si dette på en annen måte, som at det til deres "Me", eller identitet, ikke finnes etablerte roller som de kan tiltre. Dette er imidlertid en sannhet med noen modifikasjoner. I mange land har tidligere psykisk syke utviklet organisasjoner som de kaller brukerorganisasjoner. Innenfor disse gruppene har mange mennesker funnet andre mennesker de kan identifisere seg med og utvikle en identitet og selvfølelse sammen med. I USA definerer noen av disse menneskene seg som "survivals (overlevende)".

En av informantene var svært aktiv innenfor ulike brukerorganisasjoner og andre sammenhenger hvor hun kunne være til støtte for andre mennesker. For henne var inngangsbilletten at hun møtte et menneske som sa "det er slike som deg vi trenger". Dette underbygger og understreker den nære forbindelse mellom sosiale interaksjoner og hvilken selvforståelse og identitet mennesker utvikler.

En av informantene var av sin behandler forespurt om å la seg intervju i avisen, for å modifisere et hos mange ensidig pessimistisk bilde av mennesker med psykiske vansker og rusproblemer. Han hadde latt seg intervju, men ville ikke røpe sin identitet av hensyn til sitt nye liv. Dette aspektet illustrerer et paradoks knyttet til utgangen fra rollene som psykisk syk og rusmisbruker .

Det er ønskelig at mennesker overvinne sine problemer, men samtidig møtes de ofte av en skepsis og tvil på om de virkelig har klart det. Å overvinne et psykisk problem innebærer å gjenvinne kontrollen over seg selv, noe som i vesentlig grad skiller deres rolleutgang fra andre overganger. Den tvil og skepsis disse personene møter kan bestå av både moralske fordommer, myter og av overordnede oppfatninger, som for eksempel at schizofreni er en kronisk og uhelbredelig sykdom hvor bedring ikke er varig.

Kronisitettsparadigmet impliserer et tilbakefall og holder mennesker fanget i et "vakuum" hvor de ikke har mulighet til å bli noe annet enn den diagnose de en gang oppfylte.

Med ett unntak var det ingen av informantene som ønsket å identifisere seg utad i en rolle som tidligere psykisk syk. De øvrige uttrykte i vesentlig grad en selvforståelse knyttet til sine interesser, som friluftsliv, studium eller yrke og sosial status, eller som deltaker i ulike aktiviteter og tiltak rettet mot mennesker med problemer. Lisa definerte seg som utypisk i forhold til andre mennesker som har hatt schizofreni, ved at hun ikke isolerte seg, men tvert imot likte best å være ute blant andre mennesker.

Felles for alle var at de definerte seg som tilknyttet en referansegruppe og hadde sterk tilhørighet til denne. Referansegruppen kunne bestå av familie, kjæreste og venner, samt deltakere i ulike grupper som de var tilsluttet.

Sosiologiske forskere for eksempel. Fuchs Ebaugh (1988), har utformet overordnede og generelle mønstre eller stadier som rolleutganger ofte følger, fra den første tvil eller problematisering i rollen, til etablering av en rolle som en tidligere eller ex. Disse modellene forutsetter at de endringer individet igangsetter, blir positivt mottatt av andre og støttes. De fanger imidlertid ikke opp den skepsis og motstand som ofte rettes mot mennesker som har vært rusmisbrukere eller psykisk syke. Modellene er også i stor grad enten – eller modeller. Innenfor særlig den amerikanske brukerbevegelsen oppfattes bedring fra psykiske lidelser som en lang, noen ganger livslang, prosess.

Sosiologiske modeller fremstiller heller ikke den forandring som de mennesker som står nært individet ofte må gjennomgå parallelt. Eksempelvis en partner eller arbeidskollegaer.

Å betrakte en bedringsprosess fra et utgangspunkt i rollebegrepet er imidlertid et fruktbart bidrag for å forstå den kompleksitet som en bedringsprosess fra psykisk sykdom innebærer. Perspektiver illustrerer videre hvordan samfunnsvitenskapelig og psykologisk forståelse kan gi utfyllende og komplementerende forståelse. I min undersøkelse gir de en bakgrunn for å forstå den store betydningen informantene tillegger de personene som har stått dem nær. Som tidligere beskrevet, har disse personene gitt støtte og åpnet tilgang på materielle goder. I denne sammenheng forstås de også som tilbydere av aksept og tillit. I tillegg utgjør disse personene en primærgruppe som informanten kan ta opp sin tidligere rolle i eller etablere seg innenfor. Eksempel på slike roller er, rollen som familiemedlem og medlem i mental helse.

6.10. Noen gikk ikke av vakt.

De fleste informantene tilla andre mennesker stor betydning for sin bedringsprosess. I særlig grad har foreldre, og da spesielt mødre, vært viktige personer. For andre har deres behandlere hatt størst betydning. Foreldre har tatt initiativ til kontakt med psykolog og til innleggelse, når de selv har mistet kontroll. De har hjulpet til med å kjøpe leilighet, de har syklet og gått turer og de har skrytt og oppmuntret. Som tidligere beskrevet, oppfattes slike handlinger som symbolske handlinger innenfor symbolsk interaksjonisme. Slik har også informantene oppfattet foreldrenes innsats. Særlig tydelig kommer dette frem i situasjoner hvor de selv ikke var i stand til å gjøre rasjonelle valg, men i ettertid oppfatter foreldres inngripen som

handlinger som symboliserer deres kjærlighet. Utsagn som *"Uten familien min vet jeg ikke hvordan det skulle gått"* og *"-hadde jeg ikke hatt foreldre som brydde seg, så hadde jeg sikkert sittet i Oslo og skutt heroin nå"*, er eksempler på dette.

Lisa sier det enda klarere. "Mamma er det fineste menneske jeg har kjent i mitt liv. Ho e sterk, og ho e snill. Ho er veldig glad i meg og har støttet meg skikkelig, men ho måtte jo mange ganger puffe meg".

Det kan virke noe prosaisk å anvende samfunnsvitenskapelige teorier for å forstå kjærlighetens betydning. Ikke desto mindre har en av norsk psykiatris nestorer, Per Vaglum kalt sin siste bok *"Psykoterapi og kjærlighet"*, med undertittelen *fortellinger om et vendepunkt*. Noen ganger kan det gi nye perspektiver og en enda bredere forståelse å anvende samfunnsvitenskapelige briller på det som for de fleste er opplagt.

Fra symbolsk interaksjonisme kan en forstå betydningen av nære personers innsats gjennom flere begreper. Jeg har tidligere anvendt og beskrevet innhold i begrepene "primærgruppe" og "signifikante andre", samt "role-taking" og "sympathetic introspection". Disse begrepene er viktige for forståelse av andre personers betydning. Et begrep fra symbolsk interaksjonisme, som forutsetter de to siste begrepene og som kan ha en forklarende funksjon, er "speilselvet" (Stryker 1980 i Levin – Trost 1996). Speilselvet betegner det at vi kan oppfatte og tolke andres forestillinger, blant annet av oss selv og gjennom det vi ser av oss selv danne oss et bilde av oss selv. Formuleringen er ikke helt god, slik det ofte blir for teoretiske begrepsdannelser..

Topor henviser til Breier og Strauss 1984, som har beskrevet tolv funksjoner andre personer kan inneha som medhjelpere i en bedringsprosess. (Topor 2001)

Ventilering. Å kunne formidle opplevelser og uttrykke følelser overfor en annen kan redusere spenninger og angst.

Realitets prøving. Samspill med andre kan hjelpe til å sortere sine opplevelser mellom vrangforestillinger, hallusinasjoner og virkelighet.

Sosial bekreftelse og integrasjon. Å møte forståelse og støtte kan styrke håp og evne til å høre til i en sosial sammenheng.

Kontinuitet. Å opprettholde kontakter fra før sykdommen, er en påminnelse om tidligere funksjon og kan gi håp om å gjenvinne denne.

Problemløsning; Hjelp til å løse konkrete utfordringer og situasjoner, som å få et eget sted å bo, økonomisk rådgiving med mer.

Motivasjon; Få støtte og ros for fremskritt og aksept for hvilepauser.

Symptomvarsling; Hjelp til å kjenne igjen tidlige tegn til endring, og hjelp til mestring for å unngå tilbakefall.

Empatisk forståelse; Andres forståelse kan bidra til å akseptere seg selv.

Modellering; Andres kan være viktige identifikasjonsfigurer og rollemodeller.

Innsikt; Samtaler med andre kan bidra til innsikt og nyanserte oppfatninger av seg selv og andre.

Topor oppsummerer andres betydning i tre hovedfunksjoner; som formidlere av materiell støtte, som et nærværende og stedfortredende håp, som identifikasjonsobjekt og utfordrere. (Topor 2001) I intervju materialet kan de fleste av disse beskrivelsene lett gjenkjennes.

Jeg vil avslutte min tolkning med å rette oppmerksomheten mot håpets betydning.

6.11. HÅP

De to sitatene nedenfor uttrykker essensen av håp innenfor en forståelse basert på symbolsk interaksjonisme og eksistensialistisk psykologi.

Håpet oppstår igjen når vi ser at det er mulig for oss å bli elsket. All polemikk og teknologi som finnes i psykiatri, psykologi og sosialt arbeid, kan ikke beskrive det fenomenet som kalles håp” Pathrichia Deegan. Ph. D. Klinisk psykologi

Håp er alltid rettet mot noe. Håp er altså en grunn for lengsel. Lengselen er igjen utgangspunkt for forandringer, selv om disse er forbundet med omfattende usikkerhet både om mål og middel (Alain Topor 2001).

I intervjuet forteller Kirsti om at hun på en måte følte seg død fordi alt inni henne var dødt. Hun bad sin behandler om å ta vare på den døde jenta, for hun klarte ikke å vekke henne til live.

Kirsti kan oppfattes slik at hun hadde et håp om at behandleren skulle klare å vekke henne til live igjen, men selv hadde hun gitt opp. For Kirsti tok det 16 år å bli ”gjennoplivet”.

Hun forteller at det hun tror hjalp henne mest i disse årene, var at hennes lege og psykolog tålte å se at hun hadde det vondt. Hun ble tilbudt dempende medisin, men ønsket ikke å ta denne.

Kirsti mener at profesjonelle hjelpere er for opptatt av å skulle lindre pasientenes smerte. Hun mener at de bør tenke på pasientene som utrolig sterke, som har klart å bære livene sine, og at de sikkert klarer litt mer. Kirsti mener også det var viktig at hennes behandlere turte å la være å legge henne inn, på tross av flere selvmordsforsøk.

Kirstis behandlere utgjør i denne perioden av hennes liv, hennes primærgruppe. Deres funksjon oppfyller det Topor kaller et nærværende og stedfortredende håp. Innenfor Symbolsk interaksjonistisk terminologi kan de også defineres som hennes "speil selv".

Selv om Kirsti hadde suicidale tanker i åtte år og gjorde flere forsøk på å ta sitt liv, kan en forstå

det som fikk Kirsti til å holde ut og fortsette sin behandling, som at hun hadde internalisert det bildet hennes behandlere hadde av henne, -som en som ville klare det.

Når psykologen sier til Katrine "slapp av, det ordner seg", er hun, på samme måte som for Kirsti, både et stedfortredende håp og Katrines "speil selv." Katrine forteller også at det hadde betydning at noen i personalet fortalte om sine vansker. En kan fortolke dette som at personalet ble bruer mellom lidelsen og håpet. Personalets fortrolighet overfor henne overskrider reglene for hennes ensidige pasientrolle. Kathrine må akseptere sin egen sammensatthet, ikke frisk eller syk, men både- og (Topor 2001).

For Lisa var hennes mor og søster de viktigste personene i hennes bedringsprosess.

Da de kommenterte at hun var blitt bedre, la hun merke til detselv og når de gav uttrykk for å være stolt av henne, internaliserte eller kopierte hun dette bildet til seg selv. Når hun senere i sin bedringsprosess klarte å skryte av seg selv, kan dette forstås som en imaginær interaksjon med sin mor og søster.

Også det at moren hjalp henne til å kjøpe leilighet og gav henne ansvar for sin økonomi, kan betraktes som symboler eller symbolske handlinger som formidlet mye håp for henne.

6.12. Avslutning.

Fra innfallsvinkelen "ansikt til ansikt" har jeg tolket informantenes subjektive oppfatning av hva som har viktig for dem i deres prosess for å komme seg fra en alvorlig psykisk lidelse. Kontekst for dette perspektivet har vært anvendelse av sosialt arbeid i terapeutisk virksomhet innenfor et psykiatrisk sykehus.

Intensjonen har vært å vinne kunnskap for å kunne yte best mulig psykisk helsehjelp. Tolkningen har i hovedsak tatt utgangspunkt i det samfunnsvitenskapelige perspektivet symbolsk interaksjonisme.

Dette perspektivet har, slik jeg ser det, bekreftet sin nytteverdi som verktøy i tolkningsprosessen. Symbolsk interaksjonisme tilbyr et samfunnsvitenskapelig perspektiv som er i overensstemmelse med grunnleggende psykologiske antagelser av mennesket som et sosialt vesen med behov for å bli sett og ha tilknytning og tilhørighet til andre. Perspektivet inkluderer også antagelsen om at å oppleve sammenheng og mening er et grunnleggende menneskelig motiv. (Høstmark Nielsen i Axelsen – Dalgaard 1999)

Innenfor symbolsk interaksjonisme trekkes det i tillegg parallelle forståelseslinjer til betydningen av sosiale og materielle forhold, utover de personlige relasjoner mellom mennesker. Perspektivet oppleves derfor nyttig for å forstå betydningen av eksempelvis penger, arbeid og bolig. Å ha egen bolig, tilstrekkelig med penger til et anstendig livsopphold og et meningsfullt innhold i hverdagen, er variabler som kan anvendes til å definere mennesker, for eksempel som boligeier, økonomisk selvstendig, og som produktiv. De motsatte definisjoner er ofte å være bostedsløs, sosialhjelpsmottaker og arbeidsløs.

Psykologiske teorier har tradisjonelt vært lite opptatt av hvilken betydning menneskets tilknytning til sosiale og materielle forhold har hatt for utvikling av selvbylde, psykopatologi og for endring. Ut fra erfaring har mange av de mennesker som kommer til innleggelse i et psykiatrisk sykehus, både økonomiske vansker, utilfredsstillende boforhold og vansker på arbeidsmarkedet. Å avgrense perspektivet en anvender for å forstå og behandle disse menneskene, til en individuell og intrapsykologisk innfallsvinkel, er langt fra tilstrekkelig. I sosialt arbeid er menneskets forhold til andre og sine omgivelser det sentrale fokus. Det psykisk lidende mennesket forstås som en syntese av disse forhold.

7. DRØFTING OG DISKUSJON

7.1. Korrigerer av egen forforståelse.

Før jeg gjennomførte intervjuene hadde jeg en ide om at intervjupersonene i vesentlig grad ville forbinde sin bedring til den behandling de hadde mottatt, som inneliggende eller polikliniske pasienter.

Selv om alle informantene har knyttet betydningsfulle faktorer for sin bedring til behandling, var det overraskende at de, i mindre grad enn på forhånd antatt, vektla dette som vesentlig i sine bedringshistorier. I informantenes subjektive forståelse har deres egne anstrengelser hatt størst betydning. Av analysen fremgår det at det for noen skjedde en gradvis utvikling. For andre skjedde dette brått og i form av en klar bestemmelse av å bli en aktiv aktør i eget liv.

7.2. Hva har andre funnet?

Det som umiddelbart fremstår når jeg relaterer mine resultater til andre studier av bedring, er likheter. Variasjoner i utvalg og metode mellom ulike studier umuliggjør direkte sammenligning. De fleste studier av bedringsprosesser er gjennomført i USA. Utvalget består ofte av mennesker som har hatt schizofreni og lange opphold i institusjoner. Som beskrevet i oppgavens teori presentasjon er det heller ikke enighet, om hvordan restitusjon eller "recovery" skal defineres og om det i det hele tatt er mulig.

Det er også stor variasjon i intensjon mellom ulike studier, avhengig av om det er en brukerorganisasjon, medisinindustrien, psykiatriske forskningsmiljø eller kliniske fagmiljø som står bak undersøkelsen. For å illustrere dette kort og å sette særtrekk på spissen, er det en tendens til at forskning som er initiert av medisinindustrien, synes å legge hovedvekt på å måle sammenheng mellom medisinbruk og tilbakefall. Bedring fremstilles ofte i lys av antall reinnleggelse i sykehus. Psykiatriske forskningsmiljø har i særlig grad vært opptatt av å finne variabler som kunne vise seg å ha gode prognostiske utsikter, eller å fremstille bedring statistisk etter bestemte kriterier. Forskning initiert av kliniske miljø har vært rettet mot å undersøke effekt av ulike behandlingsmodeller og hvilke faktorer som kan assosieres med bedring. Brukerorganisasjoner har lagt hovedvekt på kampen for å overvinne sykdom og følgene av den. Enkeltmedlemmer har levert mange selvbiografiske bidrag til økt forståelse for både psykiske lidelser og bestrebelsene for å overvinne disse.

Som nevnt ovenfor, er det mest fremtredende trekk ved studier av bedring, en stor grad av sammenfallende funn. En sammenlignende studie vil derfor i liten grad gi ny informasjon, men kan bli en opplisting av viktige aspekter og elementer for at mennesker skal komme seg fra alvorlige psykiske sykdommer. Et eksempel på dette er gjort av Davidson, O'Connell, Tandora, Staheli, og Evans. (2005). Disse forskerne har utarbeidet en oversikt over felles elementer i bedringsprosesser. Jeg har foretatt oversettelse og står ansvarlig for eventuelle feil. (Oversikten er gjengitt på originalspråket som apendix.)

Forfatterne understreker at modellen må oppfattes slik at det for den enkelte vil dreie seg om ulike kombinasjoner av elementene. De henviser til Anthony - *"Recovery is an unik process for each individual"* (Anthony 93).

Felles elementer i bedringsprosesser.

1. Fornyet håp og engasjement. Å ha håp om og tro på muligheten for å oppnå en mening og selvrealisering, egenmotivasjon og støtte fra andre, selv når en ikke klarer å tro på seg selv.
2. Å redefinere seg selv. Innebærer å definere psykisk lidelse som bare et aspekt av en flerdimensjonal identitet, fremfor å innta en primær sosial rolle som psykiatrisk pasient.
3. Inkorporere sykdommen. Å erkjenne og akseptere begrensningene som sykdommen har påtvunget en, hjelper til å oppdage evner og muligheter som muliggjør at en kan sette seg mål og nå disse på tross av sykdommen.
4. Involvere seg i meningsfulle aktiviteter. Gjennomta tidligere og inngå nye normale sosiale roller (eksempelvis som ektefelle, arbeidstaker, student osv.) og delta i samfunnsnyttig virksomhet.
5. Overvinne stigma. Restituering fra alvorlig psykisk sykdom medfører å utvikle motstandskraft mot stigma eller aktivt kjempe mot det.
6. Overta kontroll. Innebærer å ta hovedansvaret for overgangen fra å være en funksjonshemmet person til å være en person i bedring. Å ta kontroll over seg selv, bidrar til å redefinere seg selv som en effektiv og aktiv aktør.

7. Bli selvstendig og medborger. Kreve samme retter som andre og ta samme ansvar og forpliktelser som andre borgere.
8. Mestres symptomer. Selv om en ikke er helt symptomfri, er det å mestres symptomer en overgang fra å motta hjelp til å aktivt delta i selvvalgt behandling for å få kontroll over symptomene.
9. Å ha et støttende nettverk, betyr å ha personer som kan støtte og oppmuntre i vanskelige perioder og noen å feire fremgang med.
(Davidson, O'Connell, Tandora, Staheli, og Evans. 2005)

7.3. Endringer finner sted i hverdagslivet.

I mitt materiale er det felles for mange av fortellingene at de store endringene ikke foregår i terapirommene men i deres hverdagsliv hjemme hos dem selv.

Fra en beskrivende analytisk synsvinkel, fremstår informantene som langt mer aktive og mindre dominert av sin psykiske lidelse enn slik mennesker med psykiske plager ofte blir fremstilte. I deres fortellinger beskriver de hvordan de har forsøkt å finne måter å overvinne og leve med sine symptomer på gjennom aktiv mestring, ved å søke kontakt med andre og finne mening i tilværelsen, på samme måte som mennesker i vanskelige livssituasjoner gjør. Gjennom sine fortellinger fremstår informantene først og fremst som personer som det er mulig å forstå og leve seg inn i, ikke som uforståelige og fremmede.

7.4. Å overvinne overmakten.

Selv i perioder med stort symptomtrykk og sterk lidelse, beskriver informantene en kamp for å bli bedre.

Lisa forteller at hun begynte på videregående skole selv om hun både hørte stemmer og hadde vansker med å samle tankene sine og holde oppmerksomheten mot læreren.

Det kan være vanskelig for utenforstående å fullt ut forstå hvor vanskelig det kan være. I undervisningssammenheng benyttes ofte en liten demonstrasjon for å illustrere dette. En person får i oppgave å gjenfortelle det en person foran han sier, mens to personer stiller seg på hver side av han og henholdsvis hvisker, snakker eller roper til han. Demonstrasjonen er ganske realistisk for hvordan auditive hallusinasjoner kan arte seg. Mange erfarer visuelle hallusinasjoner og tankeforstyrrelser i tillegg.

Et annet eksempel fra hverdagslivet som kan illustrere hva som menes med anstrengelse, er når Katrine tvinger seg selv til å gå ut på kafé. Hun er ikke bare urolig i kroppen og kjenner en ubestemmelig angst i magen, hun er også redd for å skulle få et panikkanfall, slik hun har opplevd flere ganger tidligere. Selv erfarne helsearbeidere kan forveksle panikkanfall med hjerteinfarkt. Det krever stort mot og sterk vilje for å sette seg i en situasjon som kan ende med en slik opplevelse.

I sin undersøkelse oppsummerer Topor "Återhamtingsprosessen som en återrövning av individets makt over sitt eget liv". Når Topor beskriver bedringsprosessen med ord som å røve tilbake, henspeiler det på en aktiv og modig handling. Det som røves tilbake er makten over seg selv. Bruken av ordet makt illustrerer at en bedringsprosess er å ta tilbake makten fra en overmakt. Det er ikke vanskelig å slutte seg til Topors formulering som beskrivende også for mine informanters fortellinger om sin bedringsprosess.

7.5. Syk eller i bedring?

For behandlere og pårørende er det lett å legge større vekt på sykdomstegnene enn å tenke at vedkommende er i en bedringsprosess. Innenfor et behandlingssystem beskrives ofte symptomer i kategorier, som positive og negative symptomer. Positive symptomer er trekk som kommer i tillegg til personens normale væremåte, måte å oppfatte og fortolke omgivelsene sine på. Negative symptomer er trekk som tilbaketrekking, passivitet og følelsesavflating. Når Åse forteller at hun ba stemmene om å "pigge av" er dette et eksempel på at hun har positive psykotiske symptomer. Både det å høre stemmer og å kommunisere med dem, kan oppfattes som tegn på sykdom. For Åse er dette imidlertid også en måte å overvinne plagsomme psykiske symptomer på og å mestre det å ha en alvorlig psykisk lidelse. Dette er en illustrasjon på at det er mulig å betrakte psykotiske symptomer som noe annet en sykdom, dersom en forstår den sammenheng symptomene oppstår i og betrakter dem som meningsfulle i denne, for eksempel som mestringsstrategier i en bedringsprosess.

På tilsvarende måte kan et negativt symptom som tilbaketrekning, være en måte personen samler krefter på etter en periode med store anstrengelser. Bedringsprosesser foregår ofte i etapper, hvor det er lett å forstå at pauser er nødvendig. Slike pauser kan også fortolkes som en forberedelse til neste etappe. Strauss 1989 har sammenlignet slike perioder med hvordan jazzmusikere noen ganger trekker seg tilbake for å øve inn nye låter eller spilleformer. Når musikere gjør dette, kalles det "woodshedding" – å trekke seg tilbake i vedboden (Frese 1993).

Tilbaketrekking kan også forstås som en måte å håndtere situasjoner som virker truende på og derfor er forståelige måter å møte en situasjon som virker uoverkommelig.

Kirsti sier i intervjuet at hun mener at en svært viktig faktor for henne var at legen og psykologen tålte å se at hun hadde det vondt, uten å presse henne til å dempe smertene med medikamenter eller å legge henne inn i sykehus. Dersom en generaliserer Kirstis mening, gir den grunnlag for å reflektere over hvilke konsekvenser det kunne hatt om hjelpeapparatet i større grad vurderte det å ha psykiske plager som meningsfulle måter å mestre vanskelige livssituasjoner på, fremfor å ensidig anse symptomene som patologi. Ville det for eksempel kunne endre på hvordan psykisk syke mennesker blir oppfattet og møtt, og ville det forandre på hvordan behandlingstilbud i dag er etablert med tyngdepunkt i institusjonsbaserte virksomheter?

7.6. Empowerment

Innenfor sosialt arbeids teorigrunnlag har begrepet "empowerment" lang historie. Begrepet har særlig vært brukt om sosialt arbeid rettet mot å mobilisere maktløse grupper til å håndtere sine utfordringer og overvinne undertrykkelse. Innenfor litteratur om empowerment beskrives ulike virkemidler eller roller sosialarbeidere kan innta i slike prosesser for å oppnå sosial forandring. Disse spenner over å avsløre undertrykkende samfunnsforhold, tydeliggjøre motsetninger og interessekonflikter, bruke samtaler med klienter til politisk bevisstgjøring og å innta en advokatrolle for enkeltklienter eller grupper (Payne 1991).

Begrepet er også blitt tatt i bruk innenfor både somatisk og psykisk helsevern, som beskrivelse på at mennesker tar kontroll over sine liv og bestemmer hvordan de vil leve og hvilken hjelp de ønsker. Et begrep som er tatt i bruk for dette er "Self empowerment".

På norsk har vi ikke et ord som kan sies å dekke "empowerment". Noen benytter myndiggjøring, eller bemynding, mens andre mener styrking er det mest dekkende begrep når det anvendes innenfor behandling. I mangel på et norsk ord mener jeg begrepet "Self-empowerment" er et relevant begrep for å betegne informantenes egeninnsats i sin bedringsprosess.

Topor definerer "återhamting" på en måte som kan oppfattes å ligge nær opp til begrepet self-empowerment. "Att återhamta sig ar altså inte att bli nogon annan. Det beskrivs som att finna åter til sig selv; att kunna handtera problemen, men på et annat sett. (Topor2001)

I mine informanternes fortellinger finner en mange eksempler, som dekkes av begrepet "selfempoverment". Åse ville ikke rømme unna de vanskelige tankene sine, hun bestemte seg også for å overvinne angsten sin og jagde bort stemmene som plaget henne. Det samme gjorde Katrine "Æ visste at æ bare måtte tving mæ". Lisas fortelling om hvordan hun klarte å gjennomføre videregående utdanning, på tross av pågående hallusinasjoner er også et eksempel på "selfempowerment". Det samme er Kirstis bestemmelse om at hun ville leve og dermed gav fra seg muligheten til flere forsøk på suicid.

7.7. Resilience

Ett annet begrep, som det er relevant å trekke inn, er "resilience". Resilience betyr elastisitet, motstandskraft, eller seighet. Det er tatt i bruk innenfor den psykologiske retningen, som kalles positiv psykologi. I denne sammenheng betegner det en evne til å komme tilbake etter å ha vært utsatt for en større belastning. Det er nærliggende å bruke "motstandskraft" som oversettelse, men det vil ikke være helt dekkende da, det i for stor grad vil peke tilbake på egenskaper i personen. Det har vist seg at mange av faktorene som har betydning for at mennesker skal overvinne store belastninger, ligger utenfor personen. I følge Borchrevink er kreativitet, fellesskap og mestring, samt kontinuitet viktige faktorer. I tillegg anfører hun humor og opplevelse av egenverd. Av disse fremhever hun egenverd, som den kanskje mest sentrale faktoren. (Borchrevink.2002)

I mitt materiale vekker dette gjenklang til det selvbildet informantene gjenspeiler gjennom sine fortellinger. Kirsti forteller at hun i ettertid, tenker at behandlerens ansvars plassering hos henne selv, handlet om å styrke hennes egenverd og om respekt og tro på henne. I dag er hun selv en betydningsfull hjelper for mange.

Da Lars møtte moren til en tidligere venn på A-etat, sa hun ... "så det har gått dårlig med deg". Hans reaksjon på dette utsagnet var å tenke "Men det gikk jo ikke dårlig, jeg var jo som ei nyutsprunget rose"

Hans valgte å skrive seg ut fra rehabiliteringsavdelingen, fordi han ville hjem og klare seg selv. Han anså seg ikke som en som trengte å være innlagt i et sykehus, selv om han langt fra følte seg frisk. For Kari hadde det stor betydning at hun ble sett på som et individ og at behandlingen hun fikk var tilpasset hennes behov. Lisa er kanskje den som klarest uttrykker sitt egenverd "Æ trives så utrolig bra med mæ sjøl"

7.8. Alene er en sterk, men sammen er vi sterkere.

Det andre gjennomgående trekket ved informantenes fortellinger, er betydningen av støtte fra andre, og da særlig foreldre. Foreldre har hatt betydning som medhjelpere og garantister for kjøp av leiligheter. For Hans var det at foreldrene hjalp han til å kjøpe leilighet og stolte på han når det gjaldt penger, det første han fortalte. Han beskriver også hvor viktig det har vært for han å ha en leilighet som han trives i. For Hans var det mer bedring i å komme hjem og administrere hverdagslivet sitt, enn å være passiv på den langtidsavdelingen han var innlagt på.

Karis foreldre valgte å være hjemme sammen med henne da hun ble psykotisk. I ettertid sier Kari at hun ikke kan forstå hvordan hun skulle kommet gjennom denne perioden uten den tryggheten som lå i at hun ble så godt passet på.

Lisa er vel den av informantene som tydeligst uttrykker hva moren har betydd. ”Mamma er det fineste mennesket jeg har kjent...”

7.9. Mening

Informantene hadde på ulike måter knyttet mening til sin sykdomsperiode. Katrine fikk endret sin forståelse av seg selv, da hun fikk en diagnose innenfor det bipolare spekter. Hun uttrykker at sykdommen har gjort henne sterkere som menneske og at hun ikke lenger er så opptatt av materielle ting. Hun blir heller ikke så lett sår og skuffet som tidligere.

Lisa og Åse formidler at sykdommen har lært dem å sette pris på de små gledene i tilværelsen. De finner det også meningsfullt å være til hjelp for andre som sliter med psykiske problemer.

Hans har funnet mening i naturen. Hans beskrivelse av hvordan han har glede av å bære tungt og oppleve fjellet både i godt og dårlig vær, gir assosiasjoner til begrepet ”flyt”. Begrepet ”flyt” eller ”flow” er skapt av Mihaly Csikszentmihalyi, og er assosiert til en retning innenfor psykologisk virksomhet, som kalles positiv psykologi.

”Flyt er den tilstand en opplever når en helt går opp i det en gjør, uten tanke for dagliglivet sine bekymringer, og der opplevelsen av tid blir opphevet. Tiden flyr. Slike situasjoner kommer sjelden av seg selv, de må skapes og utvikles. En må bevisstgjøre seg og lære hvilke aktiviteter og verdier som er de viktigste i livet sitt og innrette seg

slik at en får anledning til å å dyrke disse. Et godt liv er avhengig av at en kan gjøre flyt opplevelser til en vesentlig og varig del av tilværelsen.” Mihaly Csikszentmihalyi 2003.)

7.10. Asylet – møte- eller tilfluksrom?

Mange foreldre og pårørende opplever ikke at samarbeidet med sykehus og behandlere er godt eller slik de ønsker. Det kan være mange grunner til dette. En er sannsynligvis at personalet ikke er bevisste og ikke flinke nok til å samarbeide med pårørende. Andre grunner er nok også et stadig økende tidspress for ansatte både innenfor sykehus og kommunal helsetjeneste. En tredje årsak kan være at pasienter ønsker mindre kontakt i en periode, mens pårørende ønsker å engasjere seg mer. Uansett årsak, så viser informantenes utsagn at foreldre er svært viktige aktører i deres bedring. Det er en klar utfordring til hjelpesystemet å finne måter å understøtte at foreldre og andre nærstående personer kan få bidra på i denne prosessen.

De fleste informantene fortalte at de ønsket å skjerme seg for kontakt med andre i de periodene hvor de oppfattet seg som mest syke. De ønsket ikke å vise seg frem for andre i den tilstand de var i. For egen del var dette bevisstgjørende, og til en viss grad korrigerende, for mitt ønske om å ville involvere familie og nettverk under pasienters innleggelse i sykehuset. Jeg er blitt mer bevisst på å respektere og ivareta pasienters behov for å trekke seg tilbake fra sine sosiale relasjoner til andre.

7.11. Diagnose – skam eller åpenbaring?

Flere informanter nevnte at å få informasjon om sin diagnose, hadde stor betydning for dem. For en person var den direkte oppklarende og gav henne forklaring på hvorfor hun hadde så vekslende stemningsleie. Både for henne og for en annen informant førte informasjonen til at de fikk håp om å bli bra, samt til et samarbeid med behandlere om medikamentell behandling. To av informantene tillegger det stor betydning at også foreldre fikk informasjon og anledning til å snakke med behandlere uten at de selv var tilstede. Informantenes svar underbygger flere forskningsbaserte konklusjoner. Det er påvist at høyt stress i psykotiske menneskers omgivelser er en prediktor for dårlig prognose. Psykoedukativ behandling hvor blant annet informasjon og involvering av familie i behandling, har redusert stress og hatt positiv innvirkning på forløpet ved psykoselidelser (Lindvåg-Fjell i Rund 2005).

Undersøkelser har også vist at sannsynligheten for at mennesker skal ta medisin slik den er foreskrevet, øker når behandlingen er basert på samarbeid (Topor –Dialog 2001).

Innenfor medisinen er det nå i ferd med å skje en endring av begrepsbruk for å betegne om pasienten tar medisinen som foreskrevet. Det vanlige har vært å anvende begrepet Compliance, som betyr noe i retning av å føye seg eller adlyde. I økende grad tas nå begrepet Concordance i bruk, dette begrepet kan oversettes med enighet og samarbeid (Finckenhagen 2004- www.astrazeneca.no).

Bruken av diagnoser er omdiskutert. I særlig grad har mennesker som befinner seg på utsiden av psykisk helsetjeneste tilkjennegitt en negativ innstilling til bruken av slike kategorier. Det henvises ofte til teorier omkring stigmatisering og stempling som argument mot diagnoser. Begrepet stigma er utledet fra det religiøse fenomenet stigmatisjon, som betegner at personer får sår på de samme steder som Jesus fikk da han ble korsfestet. Begrepet er også brukt om forbrytere som ble påført sårmerker(kragestryking), noe som førte til utestegning fra samfunnet. Konsekvensen av dette var at de måtte begå nye forbrytelser for å skaffe seg mat og hushold. Innenfor sosiologien er det særlig Goffman som har brukt begrepet i overført betydning for å gjøre synlig det som er annerledes eller avvikende i kulturen (Sårheim 2004). Stigmatisering benyttes for å beskrive den prosessen hvor en person som er blitt definert som annerledes og avvikende, internaliserer andres oppfatning av seg som sin egenforståelse, og oppfører seg i overensstemmelse med antagelser og forventninger som er knyttet til avviket.

Stempling beskriver overføringen av reaksjoner fra omgivelsene overfor et stigma.

Stemplings- og stigmatiseringsteorier beskriver altså de mekanismer og prosesser som fører til at en person overtar andres oppfatning av han som avvikende. (Goffmann1972, Becker 1963, Andre begreper som har tilsvarende betydning er ”selvoppfyllende profetier” (Becker 1963) og begrepet ”speilselvet – the looking glass self” (Cooley).

Å ha en psykisk lidelse, fremstår for omverdenen som fremmed, mystisk og skremmende. Det fører ofte til at andre mennesker trekker seg fra kontakt, slik at vedkommende blir isolert og ensom. Motstanden mot diagnoser er begrunnet i at det eksempelvis til en diagnose som schizofreni, er knyttet mange forestillinger og stereotypier som lett kan føre til at personen som har diagnosen, blir møtt av andre på måter som kan forsterke trekk ved sykdommen, avskalling av sosiale kontakter og utestengning fra arbeidslivet. Et annet utgangspunkt for motstanden mot diagnoser, er at de representerer maktutøvelse og undertrykkelse overfor

svake grupper, Jfr. tidligere Sovjetunionens bruk av psykiatriske diagnoser overfor mennesker som opponerte.

Innenfor dagens helsesystem hevder noen at å sette diagnoser på mennesker skaper og opprettholder fremmedgjøring og undertrykkelse, ved at noen har makt til å definere andre som avvikende.

Grongstad har i sin hovedoppgave ved profesjonstudiet i psykologi, intervjuet mennesker med diagnosen schizofreni, om hvordan de har opplevd å få og leve med denne diagnosen.

Hun fant at disse personene hadde samme stereotype forestilling om diagnosen som befolkningen for øvrig. Hun fant det imidlertid bemerkelsesverdig at de ikke forbant lidelsen med egen tilstand og person (Grongstad 2004). Diagnosen ble imidlertid opplevd som en merkelapp for andre og som en barriere for kommunikasjon, sosial interaksjon og livsmuligheter. Informantene i Grongstads undersøkelse omtalte seg selv som schizofrene, noe som kan tyde på at de identifiserer seg med og tilpasser seg en rolle som "schizofren".

"Selv om de i undersøkelsen ikke bekrefter at diagnosen bidrar til endret selvforståelse, kan dette ikke utelukkes så lenge diagnosen har ført til identifisering med en rolle som schizofren og en opplevelse av at diagnosen påvirker andres oppfatning. (Grongstad 2004)

Informantene i min undersøkelse uttrykte seg ikke negativt om diagnoser, men ble ikke intervjuet eksplisitt om diagnoser som tema. Som tidligere beskrevet i oppgaven, opplevde en av informantene det å få en diagnose som hun opplevde som riktig en forklaring på hennes symptomer. En annen informant fortalte at hun var sikker på at hun hadde schizofreni. Når hennes behandler kunne forklare at dette ikke var tilfelle, innebar dette en lettelse for henne. For denne personen innebar diagnosen hun fikk, både en forklaring på hvordan hennes symptomer ble oppfattet, samt hvordan de ikke ble vurdert. Altså ikke som schizofreni. Den av informantene som hadde symptomer som i størst grad kunne betegnes som en schizofreni, uttrykte. *"Leponex er en vidundermedisin til schizofrene folk"*.

Hun var den av informantene som var mest utadvendt og som likte å gå ut og danse og treffe andre mennesker. Bedømt ut fra hennes væremåte synes hun ikke å begrense seg selv i å ha sosial kontakt med mange mennesker.

Mitt utvalg bestod av mennesker som ville bidra til å øke kunnskap om, og forståelse for, psykiske lidelser. De hadde et gjennomgående positivt forhold til det psykiske helsevern, de representerer derfor et sannsynligvis svært skjevt utvalg av personer som har fått en alvorlig

psykiatrisk diagnose. De kan imidlertid oppfattes å underbygge den konklusjonen som Grongstad trekker av sine intervjuer.;

”Det videre arbeid bør derfor konsentreres om å styrke fordeler og redusere ulemper ved diagnostisering, heller enn å avskaffe diagnosesystemet. Dette bør innebære en styrking av informasjon til pasient og pårørende med individuell oppfølging og fortløpende oppfølging på informasjonsbehov. Økt kunnskap til pasienter samt fokus på styrking og bevaring av selvforståelse ved blant annet defokusering og kontekstualisering, psykoterapi og presisering av språkbruk, kan gjøre pasienter mindre sårbare for stigmatisering. Folkeopplysning bør samtidig stå sentralt i det forebyggende arbeid for å redusere den belastning pasienter med schizofreni opplever i møte med omgivelsene”(Grongstad 2004).

Diagnoser tjener flere hensikter innenfor det moderne helsevesen. De er kommunikasjonsredskaper mellom klinikere og viktige for helsestatistikk og vurdering av foreksempel berettigelse for trygdeytelser og ulike hjelpetilbud. Videre er diagnoser vesentlige for forskning og behandling. (Grongstad 1997)

Slik dagens helsetjenester er oppbygd og organisert, er det illusorisk å tro at bruken av diagnoser skal opphøre. Å formidle en ensidig negativ holdning til bruken av diagnoser, kan bidra til å opprettholde fordommer og stereotypier, hindre åpenhet og øke belastningen for mennesker som har en diagnostisert psykisk lidelse.

Når det er sagt, er det mitt inntrykk at diagnoser har fått for stor oppmerksomhet innenfor helsevesenet. For å forstå hva en diagnose betyr og innebærer, må en kjenne til kriterier og vilkår som er bestemt for å kunne oppfylle den. Min anbefaling er at en toner ned bruken av diagnoser og i stedet vender oppmerksomheten mot hva mennesker har vansker med og har behov for støtte til i deres konkrete hverdagsliv.

7.12. Behandler – menneske eller en rolle?

Ovenfor har jeg kommentert det overraskende ved at behandlere og behandling ikke fremstod som mer betydningsfullt i informantenes fortellinger. Dette betyr ikke at profesjonelle hjelpere ikke har hatt stor betydning, de fleste av informantene har i perioder hatt behov for innleggelse i sykehus. Uten at personalet her hadde gjort sin jobb, hadde dette ikke vært mulig. De fleste informantene er også svært fornøyde med den hjelpen de har fått fra profesjonelle hjelpere, både innenfor og utenfor sykehuset.

Det som imidlertid kan fremstå som et paradoks, er at det informantene i særlig grad har opplevd som betydningsfullt, er når profesjonelle har hatt egenskaper eller handlet slik som en ville forvente at alminnelige mennesker ville gjort. Eksempler på slike egenskaper er å ringe tilbake når pasienten har forsøkt å få kontakt, eller oppsøke pasienten hjemme når han uteblir og ikke tar kontakt. Andre slike overraskende handlinger er å dra sammen med pasienten på møter med arbeidskontor eller sosialkontor, eller fortelle til en pasient at en selv også er et menneske som har strevd med å få livet til. Lisa husket uten betenkningstid at psykologen sendte henne et kort med en klovn og gav henne en almanakk. Det gir grunn til ettertanke når slike egenskaper og handlinger hos profesjonelle hjelpere så klart synes å utgjøre forskjeller fra slik informantene er vant til, eller forventer å møte dem.

Både Marit Borg og Alain Topor, som begge har forsket på bedringsprosesser, henholdsvis i Norge og Sverige, har i sine intervju fått mange fortellinger om hvor betydningsfullt det har vært, at terapeuter har gått ut over de fastlagte rammer. De betegner dette som "regelbrudd". Eksempler på slike avvik har vært at terapeuten har gitt dem lengre tid, ikke tatt penger for en konsultasjon, ikke journalført opplysninger, spist lunch sammen med seg, at de har lånt bort penger eller kommet på besøk osv. Topor anser at slike handlinger har betydning fordi pasienten opplever seg utvalgt, sett og respektert. Lauveng oppfatter slike "avvik" som betydningsfulle fordi det gir pasienten en opplevelse av gjensidighet og egenverd. Hun advarer imidlertid terapeuter mot en innstilling om at regelbrudd og fleksible grenser blir opphøyet som tegn på god behandling. Lauveng oppfordrer i stedet terapeuter til å være kreativ og fleksibel innenfor rammene av det som er lovlig. Dette kan være å ta med seg ting hjemmefra som musikk og spill vise interesse for pasienters bakgrunn, kunnskaper og interesser. (Lauveng 2006).

Informantene hadde hatt nytte av behandling på ulike måter. I intervjuet med Kirsti får vi glimt fra en dynamisk terapi som for henne var viktig i og med at hun fikk slippe å være "snill pike" og fikk gjennomleve både traumer og ulike utviklingsfaser som hun tidligere ikke hadde fått komme gjennom. Kirsti hadde også stor nytte av psykomotorisk fysioterapi for å få kontakt med kroppen sin igjen. Det hun selv vurderte som det viktigste, var imidlertid, som nevnt ovenfor, at behandlerne tålte hennes smerte og at de var stabile over lang tid.

Både Kari og Lars hadde stor nytte av behandlingstilbudet de fikk gjennom psykoseteamet. For Kari var informasjonen hun fikk om sin tilstand, at behandlingstilbudet ble tilpasset henne og at hun fikk bestemme selv om, og hvilke, medikamenter hun skulle ta, av stor

betydning. Hun mener også at det var viktig at foreldrene fikk informasjon og at de kunne ha møter ned behandleren alene. Lars legger størst vekt på at han fikk hjelp til å få orden på økonomi og å komme i gang med skolen. Parallelt med tilbudet fra psykoseteamet fikk han individuell behandling av psykiater i over to år. ”Jeg tror jeg trengte det”, er hans vurdering av den nytte han hadde av behandlingen.

7.13. Sluttord.

I arbeidet med oppgaven har jeg fått bekreftet at mange mennesker som har slitt med alvorlige psykiske vansker kommer seg, slik jeg selv har erfart som behandler. Jeg har også fått utvidet min kunnskap om og forståelse av hvordan det er å være i bedring, eller slik jeg har formulert det, ”hvordan bedringen ser ut”. Informantene har gjennom sine fortellinger eksemplifisert og konkretisert hva det innebærer å bli hørt, sett og respektert. Andre ord som intervjupersonene har gitt innhold til, er egenverd, mening og et godt liv.

Ved at søkelyset har vært rettet mot informantenes dagligliv, har deres fortellinger også gitt innsikt gjennom at jeg har opplevd både likheter og kontraster til mitt eget hverdagsliv.

Når en av informantene forteller at hun ikke klarte å sove i senga si, men sov på stua i 10 år, forteller det mer om hva depresjon er, enn et tall på et spørreskjema om depressive symptomer. Dette fokus har også gjort både lidelsen og anstrengelsene for å overvinne den mer tydelig for meg. Men kanskje viktigst av alt, har jeg lært mye om hvilken styrke de har hatt.

Ved at intervjupersonene har hatt tilknytting til det samme behandlingsmiljø som jeg selv, har det gitt en ekstra dimensjon at deres fortellinger har reflektert sider ved dette miljøet.

Flere av intervjupersonene har nevnt kvaliteter hos behandlere og i behandlingen som positive faktorer. Dette har både vært i form av personlige egenskaper, men også fleksibilitet i forhold til tid og til å tilpasse behandling til pasientens behov. Det at pasienter opplever det frigjørende å få en riktig diagnose, avspeiler betydningen av grundig og seriøs diagnostisering. Flere av informantene har også understreket betydningen av informasjon om sykdom og å lære å mestre denne. En annen faktor som har gått igjen hos flere, er betydningen av å ha et godt sted å bo og en forutsigbar økonomi. Dette understreker at sosiale og økonomiske forhold også bør være viktige områder som behandling skal dekke.

Studien er på ingen måte en evaluering av pasienters fornøydhets med behandlingen de har fått Ved Salten Psykiatriske Senter. Intervjupersonenes fortellinger illustrerer imidlertid at disse menneskene på ulike måter har hatt utbytte av å ha en kontakt her.

På et faglig plan oppsummerer jeg at forståelsen av hvilke forestillinger som har ligget bak det pessimistiske synet på psykiske sykdommer, har virket bevisstgjørende og motiverende for å medvirke til å endre dette. Omsatt til behandlingshverdagen, kan dette bety å i større grad se pasienten ”slik denne kan bli”, enn å ha oppmerksomheten mot sykdommen. I et slikt perspektiv blir det lettere å hjelpe mennesker til å hente fram og finne sin egen styrke og dermed finne håp. Behandling blir da i større grad å vekke det som bor i pasienten, enn å tilføre denne noe.

Jeg tror Kirsti har rett når hun sier vi behandlere har vondt for å se på at menneskene vi vil hjelpe lider. Vi har nok lett for å ville lindre smerten ved medikamenter, eller ved å forsøke å lede pasientens tanker inn på mindre smertefulle områder, komme med trøstende kommentarer og introdusere tanker om håp og en bedre fremtid. Forhåpentligvis vil kunnskapen om at det faktisk ofte går bra, hjelpe meg til å bedre lytte, være tilstede og tåle, uten å si men.....

Psykiatriens forhold til pasienters nære pårørende, er et tema som ofte kommenteres i debatt om psykiatrisk behandling. Studien har understreket hvor viktig særlig foreldre ofte er. Det er en utfordring å videreføre denne kunnskapen, slik at pasientens nære personlige relasjoner blir ivaretatt og tilrettelegge for deres deltakelse i bedringsprosessen.

Et annet perspektiv som arbeidet med oppgaven har tydeliggjort, er å integrere pasientens subjektive mening og forståelse av hva han trenger, i behandlingen. Det hører ikke med i intervjuene, men historien kan tjene som en epilog. En eldre pasient som nylig ble skrevet ut etter et svært vellykket opphold, ble spurt om hva som hadde hatt størst betydning for henne under innleggelsen. ”At dere holdt meg i armen når vi gikk ”, var hennes svar.

Arbeidet med oppgaven har ført til at jeg i tillegg til at muligheten for bedring må fremkomme som kategorier i diagnosesystemene, mener det bør innføres formaliserte ordninger for regelmessige vurderinger av psykiatriske diagnoser, på linje med reglene for vurdering av tvangsmessige tiltak.

Hele tiden mens jeg har arbeidet med denne oppgaven, har et spørsmål kvernet i underbevisstheten. ”Hva vil det si å komme seg?”.

Det kunne vært en spennende problemstilling for et studie, men undertittelen måtte vært ”Spørsmål det ikke finns svar på”.

Når jeg setter endelig punktum føler jeg imidlertid at jeg vet noe mer om det, enn da jeg startet.

Litteraturliste

Andreasen, Nancy C. Carpenter, William T. Kane, John M. Lasser, Robert A. Marder, Stephen R. Weinberger, Daniel M. Remission in Schizophrenia; Proposed Criteria and Rationale for Consensus. AMERICAN Journal of Psychiatry Mar. 2005 162.3

Anthony, W.A., I (Davidson, O' Conell, Tandora, Staheli, og Evans. 2005 Recovery from severe Mental Illnesses: Research Evidence and implications for Practice.)

Axelsen, Eva Dalsgaard – Hartmann, Ellen. Red. Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi. Cappelen. Oslo 1999.

Becker, H. Outsiders. The free Press USA 1963

Bentall, Richard P. Psychology and Treatment of Psychosis. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 5. 2007.

Bjorkman, Cajsa. "Jag tenkte, at det har ska jag søka meg ur..." Kvalitative intervjuer om at tilfriskna från svåra psykiska besvar. Finlands svenska Psykososiala Centralförbund r.f. 2005

Borchgrevink, Marit C. Styrke, glede og utfoldelse. Resiliencerettede tiltak for flyktningeungdom i Linjer nr. 2.2002 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Borg Marig og Topor Alain. Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Kommuneforlaget, Oslo 2003

Dahl, Alv.A. Malt, Ulf F. Rettersdøl, Nils. Lærebok i psykiatri. Gyldendal, Akademia, Oslo 2005

Davidson, Larry – Harding Courtenay – Spaniol Le Roy. Recovery from Severe Mental illnesses. Research Evidence and Implications for practice.

Deegan Patricia in Wilken, P. Understanding Recovery from Psychosis. A growing Body of Knowledge. Tidsskrift for Norsk Psykologforening Nr.5 .2007.

Deegan, Patricia. Veien tilbake. En rehabiliteringshistorie, Dialog 1.97

Grongstad, Turi. Diagnose schizofreni: Pasientens opplevelse. Hovedoppgave Proffesjonsstudiet i psykologi. Tromsø 1997.

Frese, Fredrick J. Coping with...Tolv aspekter om mestring for personer med schizofreni. Innovations & Research 1993 2.;3. 39-46 Oversatt av Nina Aarhus Smeby.

Fuchs Ebaugh, H.R. Becoming an ex. The process of role exit. University of Chichago Press. 1988.

Goffmann, E. Stigma, Raben & Sjøgren, Stockholm 1972.

Kvale, Steinar. Det kvalitative forskningsintervju. Ad. Notam. Gyldendal, Oslo 1997

Lauveng, Arhild. I morgen var jeg alltid en løve. Cappelen, Oslo 2005

- Lauveng, Arhild. Unyttig som en rose. Cappelen 2006
- Levin, Irene – Trost Jan. Å forstå hverdagen. Tano Aschehoug. Oslo 1996.
- Monsen, John. Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Tano 1990.
- Payne, Malcolm. Moderen social work theory: a critical introduction. Macmillan, London 1991.
- Rund, Bjørn Rishovd. Red. Schizofreni . Hertzvig, Stavanger 2005.
- Silvermann David - Doing Qualitative Research Sage Publications, London 2004.
- Torgalsbøen, Anne Kari – Rishovd Rund, Bjørn. Lessons learned from three studies of recovery from schizophrenia. International Review of Psychiatry 2002.14, 312-317.
- Torgalsbøen, Anne Kari . Consumer satisfaction and attributions of improvement among fully recovered schizophrenics. Scandinavian Journal of Psychology, 2001, 42, 33-40.
- Torgalsbøen, Anne Kari – Helbredelsestrangen ved schizofreni: Kan den kureres? Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2001. 38, 619-628
- Stauss, John S. Subjektivitet. Oversatt av Rimestad, Søren i Dialog
- Sårheim, Ståle. Å skape seg selv gjennom andre – en studie av rusmisbrukeres selvforståelse og livsprosjekter. Hovedoppgave i sosialt arbeid. Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap. NTNU . 2004
- Topor, Alain, Återhamting från svara pskiska störningar. Natur och Kultur, Stockholm 2001
- Topor, Alain På leting etter et forsvunnet jeg. Dialog Nr. 2. 2002.
- Wilken, Jean P. Understanding recovery from psychosis: A growing body of knowledge. Tidsskrift Psykologforening 5.2007.

Appendix: Analyseprosessen vist med eksempel fra materialet.

Sekvenser fra opprinnelig intervjutekst, samlet under kategorien Foreldre

Så gikk det noen dager før mamma fant meg helt apatisk i den leiligheten jeg og samboeren min hadde. Og ringer rett til legen. Dette var en fredag.

Bare kom ned sa han. Hun fikk meg med, men jeg pønsket bare ut hva jeg skulle si. Jeg kunne ikke avsløre meg

Så ble det mye frem og tilbake den fredagen. Foreldrene mine Noen var sammen med hele tiden.
var redde for meg, jeg fikk ikke gå på do alene.

Først han pappa og så ble ho mamma sykemeldt.

Noen ganger ble jeg fulgt nærmest til døra – og nå går du inn liksom.

Og så tror jeg pappa ringte et par ganger til T. Sånn fra jobb og spurt om ting og da har vel hun svart ut fra det hun hadde lov til å si noe om.

Og det jeg tror foruten den kontakten jeg fikk med T og psykoseteamet – så er det jo helt klart familien og at man her noen som bryr seg og som bryr seg så mye.

Uten noen i familien. Jeg vet jo ikke men jeg kan ikke fatte hvordan jeg skulle kommet meg gjennom denne perioden, det kan æ ikke se for meg.

Tema som belyser oppgavens problemstilling.

Karis mor oppdaget hvor dårlig hun var og tok henne med til lege.

Foreldrene passet på henne.

De ble sykemeldt etter tur.

Foreldrene fulgte henne til behandling.

Foreldre ble beroliget av å få informasjon.

Det hadde stor betydning at familien brydde seg.

Støtten fra familien hade uvurdelig betydning

Fremstilling av et t sentralt tema

”Jeg kan ikke fatte hvordan jeg skulle kommet gjennom denne perioden uten familien min”.

”Det som reddet meg var at jeg hadde trygge omgivelser og psykoseteamet”. Slik oppsummerer Kari de to viktigste faktorene for at hun kom gjennom psykosen og kunne fortsette en høyere akademisk utdanning. Hun tror det hadde stor betydning for foreldrene at de ble inkludert i behandlingen og fikk hjelp til å forstå og bearbeide sine reaksjoner og tanker.

Element	Description	Sources
Renewing Hope and Commitment	Having a sense of hope and believing in the possibility of a renewed sense of self and purpose, accompanied by desire and motivation, is essential in recovery. This sense of hope may be derived spiritually and/or from others who believe in the potential of a person, even when he/she cannot believe in him/herself.	Davidson, Chinman et al, 1997; Davidson, Stayner, Nickou, Styron, Rowe, Chinman, 2001; Deegan, 1996b; Fisher, 1994; Jacobson & Curtis, 2000; Jacobson & Greenley, 2001; Mead & Copeland, 2000; Smith, 2000; Young & Ensing, 1999
Redefining Self	Perhaps the most overarching aspect of recovery, redefining self involves reconceptualizing mental illness as <u>simply one aspect of a multi-dimensional identity</u> rather than assuming a primary social role as "mental patient."	Ahern & Fisher, undated; Davidson & Strauss, 1992; Deegan, 1996; Hatfield, 1994; Pettie & Triolo, 1999; Ridgway, 2001; Spaniol & Zipple, 1994; Young & Ensing, 1999
Incorporating Illness	Often described as a first step to recovery, acknowledging and <u>accepting the limitations</u> imposed by one's illness helps one discover talents, gifts, and possibilities that allow a person to pursue and achieve life goals despite the presence of disability.	Deegan, 1988, 1993; Hatfield, 1994; Munetz & Frese, 2001; Ridgway, 2001; Sayce & Perkins, 2000; Smith, 2000; Sullivan, 1994; Young & Ensing, 1999
Being Involved in Meaningful Activities	Expanding and occupying normal, functional social roles (e.g., spouse, worker, student, taxpayer, friend, etc.) and making worthwhile contributions to a community of one's choice is a cornerstone of recovery.	Anthony, 1993; Davidson, et al., 2001; Jacobson & Greenley, 2001; Lunt, 2000; Ridgway, 2001; Young & Ensing, 1999
Overcoming Stigma	People must recover from the social consequences and societal stigma as well as from the effects of the illness itself. Recovery involves developing resilience to stigma and/or actively fighting against it.	Deegan, 1996b; Houghton, 2004; Perlick, 2001; Ridgway, 2001

Element	Description	Sources
Assuming Control	People must assume primary responsibility for their transformation from a disabled person to a person in recovery. Assuming control over one's life and treatment contributes to the redefined sense of self as an <u>active, effective agent</u> . Opportunities must be available for people to make choices and people must have options from which to choose. People must also be afforded opportunities to succeed and fail.	Anthony, 1993; Bassman, 1997; Baxter & Diehl, 1998; Deegan, 1996b, 1988; Fisher, 1994; Fisher, undated; Frese, Stanley, Kress, & Vogel-Scibilla, 2001; Hatfield, 1994; Jacobson & Curtis, 2000; Jacobson & Greenley, 2001; Leete, 1994; Lehman, 2000; Lovejoy, 1982; Lunt, 2000; Mead & Copeland, 2000; Munetz & Frese, 2001; Ridgway, 2001; Smith, 2000; Walsh, 1996; Young & Ensing, 1999
Becoming Empowered and Exercising Citizenship	As a sense of empowerment and control over one's life emerges, people in recovery begin to <u>demand the same rights</u> (e.g., the right to decide where to live, whom to love, how to spend one's time) and take on the same responsibilities (e.g., paying taxes, voting, volunteering) as other citizens.	Fisher, undated a, 1994; Jacobson & Greenley, 2001; Munetz & Frese, 2001; Ridgway, 2001; Walsh, 1996; Young & Ensing, 1999
Managing Symptoms	Although complete symptom remission is not necessary, being able to manage symptoms in some way is essential for recovery. Recovery involves periods of good and difficult times, setbacks and accomplishments, and times when symptoms may be more or less controlled. A shift occurs from simply receiving services to <u>actively participating in and using treatments of one's choice to bring symptoms under some degree of control</u> .	Deegan, 1996b; Fisher, 1994; Ridgway, 2001
Being Supported by Others	Recovery is not done alone. Becoming interdependent in one's community and having supportive others and role models, whether they be family members or friends, professionals, community members, or peers provides encouragement through the difficult times and to help celebrate the good.	Baxter & Diehl, 1998; Fisher, 1994; Jacobson & Greenley, 2001; Mead & Copeland, 2000; Ridgway, 2001; Smith, 2000; Sullivan, 1994; Young & Ensing, 1999



Til:
Wiktor Berg
her

Sted/Dato:
Bodø, 14. november 2006

Vedr. forespørsel om medvirkning til å gjennomføre forskningsprosjekt

Jeg viser til ditt brev med beskrivelse av forskningsprosjekt i forbindelse med mastergradsstudium i faget sosialt arbeid.

Det er positivt at det foregår klinisk forskning ved senteret, og jeg gir tillatelse til å rekruttere informanter blant tidligere eller nåværende pasienter, under forutsetning av at godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og regional forskningsetisk komité foreligger.

Jeg ønsker lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen

Anne Marit Rosenlund
Konst. klinikkjef



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

Sveinung Horverak
Avdeling for samfunnsfag
Høgskolen i Bodø
Mørkvetråkket
8049 BODØ

Vår dato: 06.12.2006

Vår ref: 15659/KH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.11.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15659	<i>Hva hjelp? – Kvalitative intervjuer med mennesker som har overvunnet alvorlig psykisk sykdom</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Bodø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Sveinung Horverak</i>
Student	<i>Wiktor Berg</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2007 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Wiktor Berg, Bjerkengveien 11, 8009 BODØ

Sveinung Horverak
Høgskolen i Bodø
8049 BODØ

Deres ref.: 5.2007.329

Vår ref.: 200700691-6/LAY/400

Dato: 13.03.2007

**P REK NORD 30/2007 HVA HJALP - KVALIATIVE INTERVJUER MED
MENNESKER SOM HAR OVERVUNNET ALVORLIG PSYKISK SYKDOM -
SLUTTIVURDERING - KOMITEEN HAR INGEN INNVENDINGER MOT AT
PROSJEKTET GJENNOMFØRES**

Vi viser til brev av 2.3.2007 og elektronisk brev av 12.3.2007 fra Wiktor Berg.

Tilbakemeldingen på komiteens merknader til prosjektet i møtet 8.2.2007 (brev av 23.2.2007) tas til etterretning.

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) har ingen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres.

Det forutsettes at prosjektet er godkjent av aktuelle formelle instanser før det settes i gang.

Det forutsettes at prosjektet forelegges komiteen på nytt, dersom det under gjennomføringen skjer komplikasjoner eller endringer i de forutsetninger som komiteen har basert sin avgjørelse på.

Komiteen ber om å få melding dersom prosjektet ikke blir slutført.

Vennlig hilsen

Ingunn Ytrehus
førstekonsulent
77645347

Kopi: Wiktor Berg (wiktorb@online.no)

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE
REK NORD**

Postadresse: Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø
telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon direkte 77644876 / 77645347 e-post rek-nord@fagmed.uit.no
www.etikkom.no



Å OVERVINNE ALVORLIG PSYKISK LIDELSE

HVA HJELPER?

Forespørsel om å delta i en intervjuundersøkelse

De fleste som har hatt en alvorlig psykisk lidelse klarer å overvinne sine psykiske problemer helt eller delvis. På tross av dette vet vi som arbeider innenfor psykiatrien lite om hva som hjelper menneske i å overvinne eller komme seg etter en alvorlig psykisk lidelse.

Det er viktig at vi som forsøker å hjelpe får kunnskap om hva som faktisk hjelper og hva som ikke gjør det. Slik kunnskap kan forhåpentligvis hjelpe oss til å bli bedre hjelpere.

Det er også viktig at mennesker som har alvorlige psykiske problemer får kunnskap om hva som har vært til hjelp for andre, slik at de selv både kan fatte håp og finne frem til noe som kan være til hjelp for dem.

I forbindelse med mitt mastergradstudium i faget sosialt arbeid på Høgskolen i Bodø, skal jeg skrive en masteroppgave, basert på en intervjuundersøkelse av mennesker som har kommet seg etter alvorlig psykisk sykdom.

Informasjonsbrev og forespørsel om å delta i undersøkelse "Hva hjalp? - Kvalitative intervjuer med mennesker som har overvunnet alvorlig psykisk sykdom"

Mitt navn er Wiktor Berg, jeg er student ved mastergradsutdanningen i sosialt arbeid ved Høgskolen i Bodø. Som en del av denne utdanningen skal jeg skrive en oppgave basert på en intervjuundersøkelse av mennesker som har kommet seg etter alvorlig psykisk sykdom. Jeg er utdannet sosionom og arbeider som behandler ved en allmennpsykiatrisk sengepost på Salten Psykiatriske Senter (SPS). Jeg ønsker primært informanter som har hatt et behandlingstilbud ved SPS. Forespørsel om å delta i undersøkelsen gjøres gjennom informasjonsmateriell utlagt ved de polikliniske avdelingene under SPS og gjennom direkte formidling av informasjon fra ledere for disse avdelingene.

Undersøkelsen er godkjent av klinikksjefen ved Salten Psykiatriske Senter (SPS), og tilrådd av Regionale komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK, Nord) og av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Ansvarlig for prosjektet er 1. amanuensis Sveinung Horverak, veileder er 1. lektor Asgeir Solstad, begge arbeider på Høgskolen i Bodø –sosialarbeiderutdanningen. Co veileder er Forskningsleder Knut Sørgaard ved Nord-Norsk Psykiatrisk Forskningscenter (NNPF) , Nordlandssykehuset.

Bakgrunn for undersøkelsen

De fleste som har hatt en alvorlig psykisk lidelse klarer å overvinne sine psykiske problemer helt eller delvis. På tross av dette vet vi som arbeider innenfor psykiatrien lite om hva som hjelper menneske i å overvinne eller komme seg etter en alvorlig psykisk lidelse.

Det er viktig at vi som forsøker å hjelpe får kunnskap om hva som faktisk hjelper og hva som ikke gjør det.

Det er også viktig at mennesker som har alvorlige psykiske problem får kunnskap om hva som har vært til hjelp for andre, slik at de selv både kan fatte håp og finne frem til noe som kan være til hjelp for dem.

I intervjuet vil jeg stille et hovedspørsmål "Hva har vært til hjelp for deg i din bedringsprosess?" Med utgangspunkt i dette spørsmålet ønsker jeg å få til en samtale, for å få vite hva som har til hjelp og på hvilken måte det har hjulpet. Samtalene vil bli tatt opp på minidisc og vil vare fra 30 minutter til 1 ½ time. Opptakene vil bli oppbevart aidentifiserte i låst arkiv ved Salten Psykiatriske Senter. At opptakene er aidentifisert betyr at det ikke vil stå noen navn på diskene, bare nummer. Det vil heller ikke ligge navneliste sammen med opptakene. Navneliste vil bli oppbevart i låst arkivskap hos klinikksjef Terje Øiesvold. Ingen andre enn jeg vil ha tilgang til opptakene og de vil bli slettet innen juli 2007. Du vil få skriftlig beskjed når opptakene er slettet.

Intervjuene kan foregå ved Salten Psykiatriske Senter eller på Høgskolen i Bodø, dersom det passer best. Jeg vil skrive ut intervjuene og analysere disse i tråd med en samfunnsvitenskapelig metode. Utskrivingen vil skje på en egen datamaskin som kun blir benyttet til dette formål og oppbevares nedlåst. Utskriftene vil bli slettet når oppgaven er ferdig. Med utgangspunkt i intervjuene vil jeg skrive en oppgave på ca. 70 sider og noen artikler Alle som deltar i undersøkelsen garanteres at deres navn ikke blir brukt. Det vil heller ikke være mulig å identifisere hvem som har sagt hva i oppgaven. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i sluttrapporten.

Informantene garanteres altså full anonymitet både i oppgaven og eventuelle artikler.

Ansvarlig for prosjektet og min veileder vil påse at denne garantien er oppfylt.

Slutt dato for undersøkelsen er 15. nov. 2007. Undersøkelsen vil forreilige i som et hefte og vil bli vurdert og satt karakter på.

De av informantene som ønsker det vil få en kopi av oppgaven.

En kan trekke seg fra undersøkelsen når som helst uten å måtte oppgi grunn for det. Allerede innsamlede opplysninger vil da bli slettet, dersom de ikke allerede er anonymiserte.

Dersom en ikke ønsker å delta, eller ønsker å trekke seg fra undersøkelsen, vil dette ikke ha noen konsekvenser for eventuelle behandlingstilbud en har.

Studien Hva hjalp?
Wiktor Berg
Salten Psyk. Senter
8092 Bodø

Sletting av opptak.

Jeg meddeler med dette at lydopptakene av deres fortellinger er slettet.

Jeg vil også få benytte anledningen til å si hjertelig takk for at dere ville la dere intervjuet.
Jeg har lært utrolig mye allerede og gleder meg til å arbeide videre med oppgaven, som jeg forhåpentligvis er ferdig med i midten av november.

Med ønske om en fortsatt god sommer

Hilsen

Wiktor Berg