

# I Ensomheten sin verden

**Hvilke opplevelser og erfaringer har personer som har vært psykosenær eller psykotisk fra tiden før og under etablering av kontakt med hjelpeapparatet?**

En intervjustudie.

Hanna Nyvoll

Mastergradsoppgave

Avdeling for Sykepleie og Helsefag

Det medisinske fakultet

Universitetet i Tromsø

Januar 2009

## ABSTRACT

The background for initiating this study was my experience as a member of a psychosis team in an outpatient clinic for adults. Through working in this team, I experienced the inherent challenge in establishing contact with individuals who were potentially on the verge of developing a psychosis. Typically, these were youths, and in most circumstances, their significant others were the ones who were concerned about them. The individual himself/herself often did not respond to approaches or offers of contact. In such cases, one had to work indirectly; that is, with regard to contact with significant others and the community health services, for a long period until direct contact with the individual, who was the focus of worry, was achieved.

The objective of my project was to find out more about how the individuals experienced the period of time when the psychosis was developing or had become more or less manifest. Hopefully, insight into such circumstances may be helpful to helpers trying to establish contact with the individuals concerned. Research shows that frequently, such persons do not seek help, or they do not get treatment in time. By interviewing persons who themselves had gone through psychosis or been close to a psychotic state, I wanted to try to grasp how they had experienced their circumstances, and whether there was anything they could tell about the situations when others had tried to make them seek help. I wanted to try to comprehend their experiences, emotions, and thoughts during the time before they got in contact with the health services and during the time when contact was being established. If they had not wanted help in the beginning, I wanted to find out what was decisive in terms of making them change their minds and receive help.

When I started to orient myself towards research in the field that my thesis deals with, I rather quickly found a great deal of research showing that individuals on the verge of psychosis or in a state of psychosis often did not seek help on their own initiative. Many of these had had manifest symptoms of psychosis for several years when they got in contact with the health

services. However, I found that research focusing on these individuals' subjective experiences in the period when psychotic symptoms developed and potentially lead to the onset of psychosis, was scarce. Thus, this is what is focused on in my study.

The study has a phenomenological-hermeneutic approach, and qualitative research interview is the method for gathering empirical material. Four interviews constitute the basis of the study.

The findings point towards two main theme labeled “The wordless and the lonely” and “Perception of own identity”. “The wordless” and “the lonely” are interrelated. Lacking words that could express experiences made interacting through language and experiencing a common world with others difficult. The loneliness was about being alone *about something* rather than lacking someone to be with. “Perception of own identity” was related to how the experience of illness changed their ways of perceiving themselves and their environment.

Key words: 'psychiatric/mental nursing', psychosis, 'psychiatric patient', health service', first – episode psychosis', identity, 'lack of words', lonely/loneliness'.

## SAMMENDRAG

Bakgrunn for å gå i gang med denne studien er min arbeidserfaring fra et psykoseteam i en voksenpsykiatrisk poliklinikk. Gjennom arbeidet i dette teamet erfarte jeg at det kunne være en utfordring å få etablert kontakt med personer som kunne være i ferd med å utvikle psykose. Som regel gjaldt det unge mennesker, og i de fleste situasjonene var det pårørende som var bekymret for dem. Personen selv responderte ofte ikke på henvendelser og tilbud om kontakt. I slike tilfeller måtte en arbeide indirekte, det vil si i forhold til kontakt med pårørende og primærhelsetjenesten i lang tid før en kom i direkte kontakt med personen bekymringen dreide seg om.

Målet med mitt prosjekt var å finne mer ut av hvordan personene opplevde og erfarte tida da psykosen var under utvikling eller var blitt mer eller mindre manifest. Innsikt i dette håper jeg kan være til hjelp når en som hjelper skal forsøke å etablere kontakt med de personene det gjelder. Forskning viser at slike personer ofte ikke søker hjelp, eller de kommer for sent til behandling. Ved å intervju personer som selv hadde opplevd psykose eller psykosenær tilstand, ville jeg prøve jeg å få fatt på hvordan de hadde opplevd sin situasjon, og om det var noe de kunne fortelle fra de situasjonene hvor andre prøvde å få dem til å søke hjelp. Jeg ville prøve å få fatt på deres erfaringer, følelser, tanker og opplevelser omkring tiden før de kom i kontakt med hjelpeapparatet, og i tiden da etableringen av kontakt fant sted. Hvis de i utgangspunktet ikke hadde ønsket hjelp, ønsket jeg å finne ut hva som hadde betydd noe for at de endret innstilling og tok i mot hjelp.

Da jeg begynte å orientere meg mot forskningen på det området som min oppgave omhandler, oppdaget jeg ganske raskt at det eksisterer en god del forskning som viste at personer med psykosenære eller psykosetilstander ofte ikke søkte hjelp på eget initiativ. Mange av disse hadde hatt manifeste psykosesymptomer i flere år da de kom i kontakt med hjelpeapparatet. Imidlertid fant jeg sparsomt med forskning som fokuserte på opplevelsene og erfaringene til nevnte personer i den tida hvor psykosesymptomene utviklet seg og eventuelt endte med psykoseutbrudd. Det er derfor dette som fokuseres i min studie.

Tilnærmingen i studien er fenomenologisk – hermeneutisk og metoden for innsamling av empirisk materiale er det kvalitative forskningsintervju. Fire intervjuer er grunnlaget for studien.

Funnene peker mot to hovedtemaer knyttet til ”Det ordløse og det ensomme” og ”Opplevelse av egen identitet”. ”Det ordløse” og ”det ensomme” henger sammen. Å mangle ord for opplevelser og erfaringer vanskeliggjorde samhandling med andre gjennom språket og å oppleve en felles verden ed andre. Ensomheten handlet om noe en var alene om, mer enn å mangle noen å være sammen med. ”Opplevelse av egen identitet” var knyttet til hvordan erfaringene med sykdom endret deres måte å oppfatte seg og sine omgivelser på.

Nøkkelord: Psykiatrisk sykepleie, psykose, ”psykiatrisk pasient”, ”hjelpeapparat/helsetjeneste”, ”første episode med psykose”, identitet, ”mangle ord”, ensomhet.

## FORORD

Jeg vil først og fremst takke mine informanter som har delt sine erfaringer med meg.

Derneft vil jeg takke min veileder Hans Ketil Normann som med stor tålmodighet har ledet meg gjennom arbeidet med oppgaven.

Takk til alle som har bidratt i prosessen med å få tak i informanter.

Ved Lærings- mestringscenteret, UNN har jeg blitt møtt med en fleksibilitet som har gjort det mulig å kombinere studier og jobb. Takk til leder Tone Nøren og kollega Tone Toft.

Takk til Elisabeth Ursfjord som har bidratt med oversettelse til engelsk og Borghild Måsø Helland som har bidratt med redigering.

Venner er gode å ha. De har vært en støtte når jeg har trengt det. En spesiell takk til Karina Sebergesen for nyttige diskusjoner, tips og råd.

En stor takk til Erling, Henrik og Edvard som har holdt ut med en noe fjern kone og mor over lang tid. De har vært til uvurderlig hjelp spesielt når det gjelder datakunnskaper. Mine sønner har også langt bedre engelskkunnskaper enn sin mor. Det har mer enn en gang lettet arbeidet.

I løpet av den tiden jeg arbeidet med oppgaven, døde min far, og min mor måtte flytte på sykehjem. I denne prosessen har det vært godt å ha søsken som har tatt ansvar. Det vil jeg takke dem for.

## INNHold

<b>Abstract</b> .....	i
<b>Sammendrag</b> .....	iii
<b>Forord</b> .....	v
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	1
<b>1.1 Problemstilling</b> .....	1
<b>1.2 Problemstilling og presisering av denne</b> .....	2
<b>1.3 Avgrensning</b> .....	3
<b>1.4 Mål med studien</b> .....	3
<b>1.5 Oppgavens oppbygging</b> .....	4
<b>2.0 HVA ER PSYKOSE</b> .....	5
<b>2.1 Sentralt i faglitteratur om psykose</b> .....	5
<b>2.2 Ulike forståelses- og tilnæringsmåter</b> .....	7
<b>2.3 Nasjonal forskning på området</b> .....	9
<b>2.4 Internasjonal forskning på området</b> .....	10
<b>3.0 TEORETISKE PERSPEKTIV MED RELEVANS FOR INNHOLDET I INTERVJUENE</b> .....	13
<b>3.1 Om språkets betydning for en felles verden med andre</b> .....	13
<b>3.2 Om identitet</b> .....	16
3.2.1 Å bli seg selv gjennom forholdet til andre .....	18
<b>3.3 Relevante omsorgsperspektiver</b> .....	21
3.3.1 Om tillit og makt .....	21
3.3.2 Om sansing .....	22
<b>4.0 METODE</b> .....	24
<b>4.1 Fenomenologi</b> .....	24
<b>4.2 Hermeneutikk</b> .....	26
<b>4.3 Å forstå det en opplever gjennom å fortelle om det</b> .....	27
<b>4.4 Forforståelse</b> .....	28
<b>4.5 Å forske i eget felt</b> .....	29
<b>4.6 Hvordan jeg har gått fram</b> .....	30
4.6.1 Planlegging av intervjuene .....	31
4.6.2 Rekruttering av informanter og utvalg .....	32

<b>4.7</b>	<b>Intervjuene</b> .....	33
<b>4.8</b>	<b>Troverdighet</b> .....	35
4.8.1	Analyse og tolkning .....	35
<b>4.9</b>	<b>Konfidensialitet</b> .....	37
<b>4.10</b>	<b>Litteratur</b> .....	37
<b>4.11</b>	<b>Metodekritikk</b> .....	38
<b>4.12</b>	<b>Etiske vurderinger</b> .....	39
5.0	DET ORDLØSE OG DET ENSOMME .....	40
<b>5.1</b>	<b>Presentasjon av informantene</b> .....	40
<b>5.2</b>	<b>Tiden før kontakten med hjelpeapparatet. Om å streve alene med noe en ikke har ord for</b> .....	41
5.2.1	”Ikkje si det her til noen!” .....	47
5.2.2	”Vi e ikkje så flinke til å prate med hverandre ...” .....	49
5.2.3	I ”Ensomheten” sin verden.....	54
<b>5.3</b>	<b>En forandring som ledet til kontakt med helsevesenet</b> .....	57
<b>5.4</b>	<b>Tillit og mistillit i relasjonene</b> .....	60
5.4.1	Tillit og mistillit i forhold til familie og nærstående .....	61
5.4.2	Mistillit i møte med hjelpeapparatet.....	63
5.4.3	Mistillit i møte med psykiatrisk institusjon.....	64
<b>5.5</b>	<b>Tillit i møte med hjelpeapparatet</b> .....	66
6.0	OPPLEVELSE AV EGEN IDENTITET .....	70
<b>6.1</b>	<b>”Men at det sku hende mæ ...”</b> .....	70
<b>6.2</b>	<b>Om opplevelser som vanskelig kan deles</b> .....	72
<b>6.3</b>	<b>Å se seg selv i sosiale sammenhenger</b> .....	75
<b>6.4</b>	<b>”Verden har blitt vanskeligere ”</b> .....	78
<b>6.5</b>	<b>Om endring</b> .....	79
7.0	AVSLUTTENDE TANKER.....	82

## Litteraturliste

## Vedlegg



## 1.0 INNLEDNING

Etter endt sykepleierutdanning hadde jeg ikke lyst til å begynne å jobbe i somatisk avdeling. Derfor var jeg lykkelig da jeg fikk ideen om å søke meg jobb i psykiatrien. Kanskje visste jeg ikke helt hva min funksjon ville bli da jeg begynte i min første jobb ved åpen psykoseavdeling. Men jeg husker godt at møtet med pasientene gjorde inntrykk på meg. Mange av dem var på min egen alder, altså i begynnelsen av tjuårene. Hva var forskjellen på dem og meg? Jeg kan huske at jeg de første månedene hadde vondt i kroppen og sov dårlig om natta. I løpet av det første året ble jeg på mange måter konfrontert med dramatiske utslag av psykose, og også dødsfall. Jeg har alltid opplevd nærværet av psykose som smertefullt, og det smertefulle har jeg aldri blitt "vant" til. Det tror jeg handler om deler av min egen livshistorie. Hvorfor fortsatte jeg å jobbe innenfor dette fagfeltet? Det har jeg ikke noe entydig svar på. Men jeg vet at samtalen med mennesker engasjerer meg. Jeg har også jobbet i medisinsk avdeling, hjemmetjeneste og eldreomsorg. Det har vært jobber jeg har trivdes i. Men så langt har jeg alltid vendt tilbake til psykiatrien. Etter tilleggsutdanning som psykiatrisk sykepleier og sist en videreutdanning innen familie- og nettverksarbeid har jeg de siste årene jobbet i psykiatrisk poliklinikk, der samtalen har vært mitt arbeidsredskap.

### 1.1 Problemstilling

En arbeidserfaring som jeg vil fremheve, er erfaringen fra et psykoseteam i en voksenpsykiatrisk poliklinikk. Denne erfaringen er grunnlaget for mitt valg av problemstilling. Dette teamet var jeg med på å starte opp, og arbeidet her i flere år. Tidligere hadde jeg gjennom arbeid i psykiatriske avdelinger kommet i kontakt med pasienter som allerede var kommet inn i behandlingssystemet, og som hadde en psykosedagnose. Gjennom arbeidet i det nevnte psykoseteamet fikk jeg nye erfaringer. Nå hadde personene som regel ikke fått status som pasienter enda, og det var ikke sikkert det kom til å skje. Vanligvis kom vi i kontakt med personer som noen andre var bekymret for. Personene selv hadde kanskje ikke noe ønske om å komme i kontakt med meg eller hjelpeapparatet, eller de responderte ikke på vanlige innkallinger til time ved psykiatrisk poliklinikk. Særlig bekymringsfullt var dette i forhold til unge (over 18 år) med mulig utvikling av psykose for første gang. Disse kom ofte ikke til behandling før det skjedde noe akutt, og da kom de som regel til sykehuset gjennom tvangsinnleggelse, og ofte med politi. Ofte hørte det med at en arbeidet indirekte, det vil si i

forhold til pårørende og primærhelsetjenesten før en kom i direkte kontakt med personen bekymringen dreide seg om. Dette har vært bakgrunnen for mitt valg av problemstilling. I mitt arbeid som psykiatrisk sykepleier og terapeut har jeg vært opptatt av hvordan en som profesjonell på en god måte kan etablere kontakt med personer som kan være i ferd med å utvikle psykose.

I mitt arbeid i psykoseteamet har jeg gjennom mange samtaler med pårørende hørt mange av deres historier om bekymring i lang tid, ofte flere år, før behandlere har kommet inn i bildet. Dette gjaldt spesielt foreldre til unge mennesker. Den unge viste tegn til forandringer som vakte bekymring hos foreldrene eller andre, for eksempel skole. Noen pårørende hadde kanskje prøvd å etablere kontakt med hjelpeapparatet uten hell. Kanskje lyktes de ikke med dette fordi den de var bekymret for ikke ønsket kontakt med hjelpeapparatet, eller man visste ikke helt hva man skulle be om hjelp for. Det var kanskje bare en murrende bekymring. Kanskje hadde den unge begynt å trekke seg bort fra kontakt med andre. Kanskje dreide det seg bare om puberteten, litt forsinket? Og hvor skulle man henvende seg med slike bekymringer?

Jeg har erfart at det kan være mulig å finne måter å møtes på før det kommer så langt som til bruk av tvang. Det har da blitt møter som har berørt meg. Med denne undersøkelsen ønsket jeg å finne ut mer om personenes egne opplevelser og erfaringer i denne sammenhengen.

## **1.2 Problemstilling og presisering av denne**

I utgangspunktet hadde jeg reist en problemstilling med ordlyden:

”Hva har personer som har opplevd psykose eller psykosenær tilstand, og som i utgangspunktet ikke ønsket hjelp, opplevd som viktig for å endre sin innstilling til å ta i mot hjelp?”

Imidlertid viste det seg under intervjuene at informantene ofte hadde problemer med å kunne konkretisere hva som hadde medført et dreiningspunkt fra å ikke ønske hjelp til å være villig til å motta hjelp. Som vist i ”sammendraget” til denne oppgaven, er et av mine hovedfunn ”Det ordløse og det ensomme”. Det å mangle ord for opplevelser knyttet til nevnte dreiningspunkt, viste seg ganske raskt i intervjuene. Det var vanskelig for mine informanter å kunne konkretisere hva det var som hadde fått dem til å til slutt søke hjelp. Ofte ble hjelpen søkt på grunn av andres initiativ. Det mine informanter var opptatt av å fortelle om, var

erfaringer og opplevelser knyttet til sin tilstand før og under etableringen av kontakt med hjelpeapparatet. Jeg fant det derfor nødvendig å endre mitt fokus i problemstillingen noe. Til slutt endte jeg opp med følgende problemstilling:

”Hvilke opplevelser og erfaringer har personer som har vært psykosenær eller psykotisk fra tida før og under etablering av kontakt med hjelpeapparatet?”

Forhåpentligvis er mine funn i forhold til problemstillingen viktige for hjelpere når målet er å etablere kontakt med personer som er psykosenære eller har hatt psykosegjennombrudd.

### **1.3 Avgrensning**

Jeg har intervjuet personer som selv har opplevd psykose eller psykosenær tilstand. På en måte kan det kanskje sies at det var som å snakke med personene om livet. Men det måtte avgrenses. I intervjusituasjonen var mitt fokus på informantenes erfaringer i tiden før møtet med helsevesenet og i møte med helsevesenet. Innenfor denne rammen ønsket jeg at de skulle fortelle fritt. Jeg spurte ikke om deres oppvekst og familieforhold. Derfor er det mye jeg ikke vet om dem. Men det å erfare en psykose er ikke avgrenset til møtet med helsevesenet. Det preger hele hverdagslivet til personen. Jeg fikk rike fortellinger om hvordan informantene opplevde sin situasjon, sitt forhold til andre og sine møter med helsevesenet.

### **1.4 Mål med studien**

Målet med studien var å få fram erfaringer fra personer som selv har opplevd psykose eller har vært psykosenær. Jeg søkte informanter som i utgangspunktet ikke hadde ønsket kontakt med helsepersonell. Mitt ønske var å få innsikt i hva som hadde hatt betydning for at de hadde endret sin innstilling og hadde begynt å delta i behandlingssamtaler med helsepersonell. Jeg ønsket å forske på dette området fordi jeg anser det som viktig at helsepersonell får innsikt i, og forståelse for hva personene selv opplever som sentralt for å kunne etablere kontakt med helsepersonell, og da på en god måte. Denne kunnskapen er selvsagt ikke bare viktig for meg, men for alle som arbeider med den pasientgruppen som oppgaven omhandler og for nærstående til nevnte pasienter.

## 1.5 Oppgavens oppbygging

Videre i oppgaven følger to kapitler hvor relevant teori presenteres. Det første kapitlet omhandler faglitteratur om forståelse av psykose, og om ulike tilnæringsmåter til pasienter med psykose, samt forskning som er gjort på området. Det andre teorikapitlet omhandler ulike teoretiske perspektiver på språk, og språkets betydning for opplevelse av en felles verden med andre. Her har jeg brukt tenkning av filosofen Hans Skjervheim (1926-1999), samt noe av det andre forfattere har skrevet om filosofen Wittgensteins (1889-1951) tenkning. Til slutt omtaler jeg deler av den psykiatriske sykepleieren og filosofen Kari Martinsens (1943-) omsorgstenkning, med vekt på det hun skriver om sansing, og hvor hun blant annet støtter seg til den franske filosofen Merleau-Ponty(1908-1961). Jeg presenterer også en del tanker av danske filosofen og teologen Knud Eilert Løgstrup (1905 – 1981). Videre omtaler jeg ulike teoretiske perspektiver på identitet.

Disse to kapitlene utgjør et bakteppe for mine videre refleksjoner i oppgaven. Deretter har jeg redegjort for valg av metode og refleksjoner knyttet til metodevalg. Så kommer to kapitler hvor jeg har reflektert over og drøftet empirien. Til slutt presenteres et lite kapittel med avsluttende refleksjoner.

## **2.0 HVA ER PSYKOSE**

I dette kapitlet vil jeg først kort presentere utdrag av faglitteratur om psykose. Det er faglitteratur som er i overensstemmelse med de diagnostiske systemene som er i bruk internasjonalt: Internasjonal Classification of Mental and Behavior disorders (ICD – 10) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – IV) (Cullberg 2001). Deretter vil jeg presentere noen ulike tilnæringsmåter. Jeg fokuserer her på litteratur som i stor grad vektlegger behandlerperspektivet. Grunnen til å vektlegge denne formen for litteratur, er at jeg blant annet har ansett det som viktig i mine intervju å få frem informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til møtet med helsevesenet. Til slutt vil jeg presentere nasjonal og internasjonal forskning som er relevant i forhold til intervjumaterialet. Jeg vil her klargjøre en del av den fagkunnskapen/forskningen som er knyttet til førstegangs psykose eller psykosenær tilstand hos mennesker som rammes av dette. Jeg vil først si noe om den kunnskapen/forskningen som jeg via litteratursøk har funnet av nasjonal karakter. Dernest vil jeg presentere en del av den internasjonale forskningen på området. Helt til slutt vil jeg presentere noe av den sparsomme forskningen som finnes hvor en har intervjuet/samtalt med pasientene og/eller pårørende om hva de anser som viktig i relasjonen pasient/pårørende/behandler.

### **2.1 Sentralt i faglitteratur om psykose**

Einar Kringelen norsk professor i psykiatri og sentral lærebokforfatter, skrive at en psykose vanligvis er et sammenbrudd av individets rasjonelle og emosjonelle mestring av sin situasjon. Pasienten har mistet taket på virkeligheten og oppfører seg uvanlig. Den psykotiske har ikke sykdomsinnsikt, men er overbevist om at symptomene er reelle og forårsaket av påvirkning utenfra Kringelen (2001). I følge Kringelen (2001) er vanlige symptomer på psykose er tankeforstyrrelser, persepsjonsforstyrrelser og uklarhet. Psykiske lidelser kan manifestere seg både gjennom fysiologi, persepsjon, tenkning, følelser og atferd. Kringelen skriver at den psykiatriske klassifikasjon tidligere var kategorisk, og kunne gi inntrykk av at psykiske lidelser var klart avgrensede sykdommer med bestemte behandlings former. Et annet syn er det psykodynamiske, som ser alvorlig tilpasningssvikt der kroppslige faktorer kan spille en rolle, men der utviklingspsykologiske og aktuelle konflikter er de mest sentrale (Kringelen 2001).

Om schizofreni skriver Kringelen at man regner med at det forårsakes av et samspill av ukjente genetiske og miljømessige faktorer. Videre skriver han at schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse. Og fordi det som oftest er unge mennesker som rammes, og forløpet ofte har et kronisk preg, er det et stort samfunnsproblem (Kringelen 2001). De viktigste kliniske symptomer på schizofreni er vrangforestillinger, hallusinasjoner, tilbaketrekking fra omgivelsene og endring av følelseslivet (Malt, Retterstøl, Dahl 2003).

I oppgaven har jeg valgt å legge mest vekt på det den svenske psykiateren og professoren Cullberg (2001) skriver om psykose. Grunnen til dette er at Cullberg mer tydelig gir plass til pasienten og pårørendes ”stemme”. Cullberg omtaler psykose som et fenomenologisk-psykologisk begrep. Det finnes ingen biologisk definert term som dekker begrepet, eller som er en spesifikk ”markør” for psykose (Cullberg 2001).

Videre skriver Cullberg at uten vrangforestillinger kan eller skal man ikke snakke om psykose. En psykose kan derimot ha større eller mindre innslag av følgende tre fenomener, som hver for seg ikke kan kalles psykotiske. Disse er: Syns – eller hørselshallusinasjoner og atferdsavvik. Disse fenomenene kan også forekomme uten at virkelighetsoppfatningen er forstyrret. Personene kan ha full innsikt i at de gir uttrykk for en form for sykelige eller urealistiske opplevelser. Atferdsavvik kan forekomme også i mange andre sammenhenger enn ved psykose. I følge Cullberg er hallusinasjoner sanseopplevelser (persepsjoner) uten tilsvarende ytre stimulus. Både hørsel, syn, smak, lukt og følelse kan oppleves hallusinatorisk. Hørselshallusinasjoner er de vanligste ved de funksjonelle psykosene, det vil si psykoser som ikke skyldes organisk hjerneskade eller påvirkning av kjemiske stoffer. Deretter kommer hallusinasjoner for lukt, smak og følelse. Cullberg skriver at synshallusinasjoner kan forveksles med psykotisk fargede visuelle fantasier hos kreativt begavede pasienter. Synshallusinasjoner indikerer oftere organisk hjerneskade eller påvirkning av kjemiske stoffer (Cullberg 2001).

Mitt fokus i intervjuene var sentrert rundt informantenes opplevelser og erfaringer i tiden før de kom i kontakt med helsepersonell, og ellers i stor grad rundt opplevelser da de kom i kontakt med helsepersonell, og den første tiden etter at de kom i kontakt med hjelpeapparatet. Disse erfaringene ser jeg i sammenheng med faser i utviklingen av den akutte psykosens.

Feiltolkninger opptrer regelmessig ved kombinasjon av persepsjonsvansker og en opplevd trusselsituasjon (Cullberg 2001). Til å begynne med lar de seg påvirke av kritiske tanker, men går før eller siden over til å bli vrangforestillinger. Vrangforestillinger (paranoia) innebærer et tankeinnhold eller en oppfatning av virkeligheten som klart avviker fra det som omgivelsene synes er rimelig med hensyn til observerte data, kulturelle forestillinger, psykologisk utviklingsnivå og øvrige omstendigheter. Forestillingen må være vanskelig eller umulig å påvirke. Ved psykose kan personen ha grader av bisarr tenkning. I tidlig stadium av akutt psykose kan tankene oppleves som spesielt skarpe og persepsjonene som tydelige og fargerike. På et senere stadium kan personen for eksempel tenke at skjulte budskap kan leses ut i fra hvordan ting er plassert for å villedde en (Cullberg 2001). Cullberg (2001) skriver videre at ved en akutt psykose har jegets<sup>1</sup> oppgave, det å opprettholde opplevelsen av kontinuitet og sammenhenger, brutt sammen. Videre i dette kapittelet vil jeg nå trekke inn teori om familieinteraksjon i forbindelse med psykose. Dette fordi det relasjonelle tilknyttet familie blir ganske tydelig i mitt intervjumateriale.

## **2.2 Ulike forståelses- og tilnæringsmåter**

Wifstad (1997) skriver om forskning på familieinteraksjon og familierapi at det finnes mange ulike teoretiske forståelsesmåter. Det er gjort flere forsøk på å integrere ulike familieteorier for å legge et grunnlag for en mer enhetlig tenkning både når det gjelder klinikk og forskning. Han påpeker en modell som er en systemisk inspirert syntese av flere familieteorier. Videre viser Wifstad til forfattere som legger vekt på hierarkiet i familien. Ett perspektiv er at en velfungerende familie kjennetegnes av en gjensidig bekreftende måte å kommunisere på, en lederstil basert på størst mulig grad av likhet, en lite rigid rollefordeling og flere eksplisitte enn implisitte regler.

Den finske psykologen Jaakko Seikkula (2000) skriver om en behandlingsmodell med åpne samtaler hvor nettverkets ressurser tas i bruk. Grunnlaget som Seikkula bygger mye av sin teori på, er sosialkonstruksjonisme<sup>2</sup>, en retning som fremhever at mening, problemer og

---

<sup>1</sup> I følge Cullberg er jeget det organiserende prinsippet for "det mentale apparatet" som integrerer personens erfaringer og minner med omgivelsens krav og de somatiske impulsene. Jeget skal bl. a se til at selvopplevelsen har kontinuitet og sammenheng. Ved akutt psykose har jegets oppgave brutt sammen. Personen reagerer på dette bruddet i selvopplevelsen med sterk panikkopplevelse. Psykosen kan ses som et forsøk på å løse den uforståelige nå-situasjonen ved å skape nye sammenhenger gjennom å omtolke virkeligheten (Cullberg 2001).

<sup>2</sup> Med henvisning til Scotter skriver Wifstad (1997) om sosialkonstruksjonisme at det er en bestemt oppfatning av hva menneskets virkelighet består i og hvordan den skapes og opprettholdes: Språklig samhandling knytter ikke

løsninger skapes i en sosial kontekst. Samtalen og språket er det sentrale, også ved psykoser. Å rette oppmerksomheten mot det sosiale nettverket kan skje ut i fra ulike behandlings - ideologier (Seikkula 2000).

Haugsgjerd (1990) bygger på et psykodynamisk perspektiv som skiller seg sterkt fra et deskriptivt og ”medisinsk” syn hvor hovedtendensen er at man betrakter alle diagnosegrupper som analoge til kroppsmedisinske sykdommer, hvor man forventer eller håper å finne biokjemiske årsaker til den ene eller den andre psykiske lidelse. Han skriver om psykosene at de er ytterpunkter i det store spekteret av erfaring og livsopplevelser som den menneskelige tilværelse har å by på . I innledningen skriver han at alle våre oppfatninger om personlighet, utvikling og psykisk lidelse er dannet ut i fra synsvinkelen kommunikasjonsfellesskap, delt livsverden og samliv.

Den såkalte double- bind- hypotesen må nevnes. Den regnes som et gjennombrudd og en revolusjon for den familiedynamiske tenkning om psykoser (Haugsgjerd 1990). Denne ble fremsatt i en artikkel fra 1956 av Gregory Bateson, Don Jakson, Jay Haley og John Weakland. Utgangspunktet her var hvordan den primære omsorgspersonen binder barnet til seg i en ambivalens som det er vanskelig å frigjøre seg fra. Lidz (1977) forklarer begrepet double - bind i korthet slik at barnet i sin søken etter å oppnå anerkjennelse eller unngå straff blir sittende ”mellom barken og veden”. Barnet blir kognitivt og emosjonelt trukket i forskjellige retninger av motstridende budskap.

Monsen (1996) bruker flere teoretiske innfallsvinkler i forståelsen av mennesket, eksistensiell psykologi<sup>3</sup>, objektrelasjonsteori<sup>4</sup> og systemteori<sup>5</sup> Han skriver at ingen teori i seg selv er

---

bare individene sammen i et fellesskap, men er arenaen for etablering av så vel den enkeltes selvforståelse som virkelighetsforståelse i en mer utvidet forstand.

<sup>3</sup> Den eksistensielle psykologi vil forstå pasientens situasjon innenfra og basere forståelsen på en analyse av de vilkår som gjelder i et hvert menneskes situasjon. May viser til Binswanger som har skrevet at det er et syn som har sitt grunnlag i en oppfattelse som ikke lenger vil forstå mennesket ut i fra en eller annen teori, enten det gjelder mekanistisk, biologisk eller psykologisk (May 1971).

<sup>4</sup> Omtales senere i oppgaven.

<sup>5</sup> I følge Hylland Eriksen (2004) er systemteori generelle og abstrakte modeller om hvordan systemer virker. Med henvisning til Bateson (1904 – 1980) skriver han videre at ulike typer systemer fungerer etter de samme grunnleggende prinsippene. Blant annet ser mange antropologer systemteoretiske tenkemåter som mulighet til å gripe det sosiale liv som en dynamisk prosess. Om systemiske modeller i psykiatrisk behandling skriver Cullberg (2001) at en her ser hele familien som et dynamisk system der alle er avhengige av hverandre for sin likevekt. De ulike medlemmers personligheter og personlige livsstrategier påvirker alle øvrige, som kommer til å forholde seg på ulike måter.



dekkende for det formålet (å forstå mennesket), og ingen enkeltteori kan overhodet sies å forvalte sannheten. Det enkelte bidrag kan i følge Monsen (1996) sies å være forståelsesmodeller.

### **2.3 Nasjonal forskning på området**

Larsen (2002) viser i en artikkel til studien ”Tidlig Intervensjon ved psykose” (TIPS). Dette var i 2002 en pågående, prospektiv, klinisk studie med hovedmål å undersøke om tidlig oppdagelse av psykose kan forbedre forløpet. Han viser i artikkelen blant annet til en studie av tidlig intervensjon i Buckinghamshire, England i 1984- 88. Han skriver at dette arbeidet er blitt stående som et pionerprosjekt når det gjelder tidlig oppdagelse av psykose. I studien etablerte man mobile utredningsteam som tok seg av alle henvisninger innen kort tid. Man fant færre pasienter med førstegangspsykose enn forventet. Larsen skriver at studien hadde en svak design ved at pasientene ikke ble fulgt over tid, man hadde dårlig kontroll på hvor pasientene fikk behandling og inkluderte ikke pasienter som hadde hatt psykose tidligere. I kjølvannet av prosjektet ble en rekke etiske og begrepsmessige problemstillinger reist: Hvordan gikk det med pasienter som fikk intervensjon (psyko-educativ familiebehandling og kortvarig støtteterapi)? Utviklet de psykose senere? Kan det være skadelig å høre at man kanskje står i fare for å utvikle psykose? Er det rimelig å bruke et retrospektivt begrep som prodromalsymptomer<sup>6</sup> i prospektiv forstand når man ikke kjenner den prediktive styrke av tilstanden? osv. Dette er spørsmål Larsen (2002) stiller i forhold til det nevnte engelske prosjektet.

Larsen (2000) gir en god oversikt over historikken og dagens praksis i forhold til tidlig intervensjon ved førstegangs psykose. Han skriver at pasienter med psykose kommer for sent til behandling, og viser til en rekke studier fra USA, Tyskland, England og Australia som har vist at pasienter med førstegangs psykose ofte kommer til behandling først 1-2 år etter at symptomer på psykose var manifeste. Tidlig intervensjon er de siste årene lansert som en metode for bedring av korttids- og langtidsforløpet ved psykose. Pasienter som fikk sen

---

<sup>6</sup> Prodromalfasen har ofte karakter av en angstpreget depresjon. Nedsatt evne til å arbeide eller studere er vanlig i denne fasen. Noen kan oppleve forsterkede syns – eller hørselsinntrykk. Det kan oppstå tolkningsproblemer når det gjelder dagliglivets begivenheter. Noen kan oppleve en treg og tåkete tankegang. En beskyttelsestendens gjennom tilbaketrukkethet er vanlig. Kombinasjon av indre intensitet og ytre tilbaketrukkethet kan utløse kraftige utbrudd av sinne i konfrontasjon med omgivelsene. Prodromalfasen kan vare i noen uker, men kan også fortsette i flere år. Denne fasen kan bare identifiseres sikkert dersom den følges av et psykosegjennombrudd (Cullberg 2001).

behandling, hadde mer symptomer på aktiv psykose også etter ett år, sammenlignet med dem som fikk behandling tidlig i forløpet. Dette er resultater som samsvarer med funn i internasjonale studier. Han skriver at funnene styrker ideen om at tidlig oppdagelse av psykose er viktig. Dette har dannet grunnlaget for en stor pågående studie med tidlig oppdagelse av førstegangs psykose i en sektor i Norge (Rogaland fylke) som sammenlignes med "oppdagelse som vanlig" i to kontrollsektorer (Ullevål sektor, Oslo, og Roskilde, Danmark); det tidligere omtalte TIPS-prosjektet. Målet er å undersøke om en ved hjelp av tidlig intervensjon kan forbedre behandlingsresultatene hos mennesker som utvikler psykoser.

Hem (2005) skriver at det er viktig med tidlig og vedvarende hjelp ved psykose, og at altfor mange får behandling altfor sent i sykdomsforløpet. Tidlig intervensjon har som målsetting å forkorte tiden fra de første psykosesymptomer til behandling igangsettes, og at håpet er at prognosen blir bedre dersom man setter inn tiltak så tidlig som mulig. Han viser til en engelsk studie hvor teamet "Lamberth Early Onset Team" gir tilbud til pasienter med tidlige psykoser. Teamet baserer seg på aktiv, utadrettet poliklinisk behandling kombinert med tilpasset medikamentell behandling, kognitiv individualbehandling og familiearbeid. Behandlingen kan derfor sammenlignes med behandlingen gitt i det norske TIPS-prosjektet og det danske "Tidlig Oppsporing og Behandling av Unge Psykotiske" (OPUS- prosjektet), som er et tilsvarende prosjekt som det norske TIPS – prosjektet (Larsen 2002).

## **2.4 Internasjonal forskning på området**

McGorry (1998) tar opp hva som er realistiske forebyggende tiltak ved førstegangs psykose, og han er spesielt opptatt av den pre-psykotiske fasen og tidlig intervensjon. Han ser dette i lys av sykdomsforløpet de første årene av sykdommen. Hans poeng i denne artikkelen er at tidlig intervensjon er av stor verdi, men dersom dette skal få gjennomslag, må en via forskningen vise at denne form for intervensjon er kostnadsbesparende for samfunnet.

Harrigan *et al.* (2003) gjennomførte en studie hvor de sammenlignet sykdomsutviklingen hos 354 pasienter som opplevde førstegangs psykose, og fulgte disse personene opp i en tidsperiode inntil 12 måneder etter at personene var stabilisert eller kvitt sine psykotiske symptomer. De målte ulike variabler, som blant annet funksjonsevne og symptomenes alvorlighetsgrad. Studien viste at jo tidligere en kom inn med forebyggende intervensjon, jo bedre ble sykdomsforløpet, og da spesielt i forhold til funksjonsevne.

I en artikkel av Warner (2005) problematiseres risikoen ved for tidlig eller unødvendig intervensjon. Han fremhever spesielt personer hvor en i ettertid mener at sykdommen ville gått over av seg selv uten intervensjon. Hans kritikk er at for tidlig intervensjon kan medføre en forlengelse av behandlingen/intervensjonen for de som ville kunne klart seg uten behandling. Faren ved for tidlig behandling, knytter han blant annet til at personer kan ha falske psykotiske symptomer. Larsen (2002) tar også opp dette, og sier at internasjonale undersøkelser viser at tidlige uspesifikke psykotiske symptomer av og til kan være vanskelig å skille fra for eksempel en del normale pubertetsuttrykk, som for eksempel tilbaketrekking.

Mattsson, et al. (2005) har kartlagt hvilke faktorer som er med på å bestemme i hvor stor grad personer som opplever førstegangs psykose, er tilfreds med den omsorg/behandling de får. Utgangspunktet for studien er en spørreskjemaundersøkelse blant 134 pasienter. Hovedfunnet i denne studien er at ved å øke kunnskap om tilgjengelig behandling for personene i en tidlig fase av sykdommen, vil personenes opplevelse av makteløshet reduseres, og mulighetene for at personene søker tidlig hjelp, øke. Andre faktorer som også spilte en rolle i forhold til når personene søkte hjelp, var utdanningsnivå, sosialt nettverk, utviklingen av sykdommen og personens generelle funksjonsnivå.

O'Brien et al. (2006) viser også med sin forskning at positive omgivelser i familien virker gunstig i forhold til forbedring av symptomer og sosial fungering blant unge som står i fare for å utvikle psykose. Det dreier seg om at kritiske kommentarer fra familiemedlemmer blir assosiert med forverring av symptomer og redusert sosial fungering, mens varme og positive bemerkninger blir assosiert med symptomreduksjon og bedre sosial fungering for ungdom i prodromalfase. Forberedende undersøkelser som fører til bedre forståelse av den unges oppførsel, er gunstige fordi den unges oppførsel ofte er mål for kritiske kommentarer i familien.

Norman et al. (2004) har gjort en studie av 110 pasienter som var deltakere i et forebyggende - og tidlig intervensjonsprogram for personer som opplevde psykose for første gang. Dataene ble innsamlet ved hjelp av strukturerte intervju av pasientene, familiemedlemmene, konsultasjoner med behandlere og dessuten ved gjennomgang av journaler. Undersøkelsen viste at veien frem til behandling som regel gikk gjennom primærlege eller akuttmottak/legevakt. Både forsinkelse i forhold til at personen tok kontakt med behandlere

og forsinkelse i den tiden som var gått fra kontakt ble etablert og til intervensjon startet, så ut til å være viktige faktorer i forhold til en forverret livssituasjon for både pasientene og pårørende. Spesielt viktig var det at det ikke gikk for lang tid mellom førstekontakt og oppstart av intervensjonen. Et sentralt poeng i artikkelen er at allmennheten bør ha kjennskap til symptomer som kan være indikasjon på utvikling av psykosetilstander, og til nødvendigheten av å søke hjelp av behandlingsapparatet. Et annet like viktig poeng er utdanning/opplæring av behandlerne slik at de på et tidlig tidspunkt skal kunne avdekke psykotiske tilstander og ha kjennskap til hva en kan "vinne" ved tidlig intervensjon. Det er også andre studier som peker i samme retning (jf. Larsen et al. 2001, Mattson et al. 2005).

Addington et al. (2005) påpeker i en artikkel betydningen av at pårørende blir en integrert del av intervensjonsprogrammer som iverksettes i tidlig psykosarbeid. Det påpekes i artikkelen at familiene kan ha en avgjørende rolle i forhold til å tilfriskne etter førstegangs psykose. Det er derfor svært viktig at også familiene får den nødvendige støtte.

Macrell & Lavender (2004) omtaler pubertetsalderen i forbindelse med førstegangs psykose. Puberteten er karakterisert ved store forandringer i selvet og i forholdet til andre. I artikkelen fokuseres det på den unges forhold til venner og den betydning dette har for å greie å frigjøre seg fra sin opprinnelige familie og bli selvstendig. Både nære og mer perifere venneforhold til andre unge ser ut til å ha stor betydning for en ungs utvikling av egen identitet, og for å lære seg sosial fungering. Men å klare utfordringene som det innebærer å delta sosialt sammen med andre, viser seg å være vanskelig for mange unge. Schizofreni er av de helsemessige problemer som kan debutere i løpet av puberteten. Men det å forstå psykose i sammenheng med den kontekst som puberteten er, har forskning vært lite opptatt av. Noen modeller har imidlertid begynt å fokusere mindre på forandringer som skjer "innad i individet", og å ta mer hensyn til hvordan det kulturelle påvirker utviklingen. Noe motvillig har teorier om utvikling av psykose begynt å ta hensyn til betydningen av sosial kontekst og nære og perifere venneforhold i pubertetstiden. Men noen forfattere gjør krav på plass for det syn at psykose utvikler seg som følge av avbrudd i pubertetens funksjon i forhold å utvikle psykologisk modenhet. Det er to problematiske situasjoner som kan være aktuelle: Den ene er at personen ikke greier å frigjøre seg fra sine foreldre, og disse forblir idealiserte i personens øyne. Den andre er at personen delvis greier å frigjøre seg fra foreldrene, men greier ikke å etablere seg i forhold til venner (Macrell & Lavender 2004).

### **3.0 TEORETISKE PERSPEKTIV MED RELEVANS FOR INNHOLDET I INTERVJUENE**

I dette kapittelet vil jeg kort presentere teoretiske perspektiv som er lagt til grunn for tolkning av intervjumaterialet. De teoretiske perspektivene i kapittel 3.0 har jeg kommet frem til etter analysen av intervjuene. Som vist i ”sammendraget” ble mine hovedfunn i intervjumaterialet : ”Det ordløse og det ensomme” og ”Opplevelse av egen identitet”. Når det gjelder hovedfunnet ”Det ordløse og det ensomme” støtter jeg meg til primærlitteratur av den norske filosofen Skjervheim og sekundærlitteratur om deler av Wittgensteins tenkning. I tillegg trekkes det inn en del andre perspektiver som jeg anser som relevante i forhold til dette funnet. Jeg vektlegger blant annet teoretiske utlegninger av den norske psykiatriske sykepleieren og dr. philos/professor Kari Martinsen og den danske filosof og teolog Knud E. Løgstrup. Når det gjelder ”Opplevelse av egen identitet”, vil en del ulike teoretiske perspektiver fra ulike forfattere trekkes frem. Jeg har valgt å vektlegge spesielt teori av den norske psykologen Jon Mosen da jeg anser hans utlegninger på dette området som sentrale i forhold til de funn jeg gjør som kan knyttes til egen identitet.

#### **3.1 Om språkets betydning for en felles verden med andre**

Språket er et middel til kommunikasjon. Det er et av språkets to hovedfunksjoner. Den andre funksjonen er å ordne erfaringer og styre tanken. Det er et grunnleggende trekk ved språket. Vi setter navn på følelser, ting, handlinger og abstrakte begreper. Gjennom språket lærer vi hvordan vi skal oppfatte verden og alt som er i den, og med språket beskriver, kategoriserer, sorterer og klassifiserer vi fenomener på en bestemt måte. Språket knytter oss sammen i sosiale fellesskap. Det bryter bindingen til vår egen subjektive erfaring, skriver Thornquist (2003).

Hvis vi skal kunne forstå en annen persons livsverden (jf. Bengtson 1999), må vi bruke språket. Vi snakker hele tiden med hverandre om den verden vi lever i, eller mer presist om den verden vi føler, sanser og forestiller oss. Språket fungerer fordi det er knyttet mening til ordene (Birkler 2003).

I essayet "Deltakar og tilskodar" omtaler Skjervheim (2001) menneskelig samhandling. Han skriver at et av de viktigste skillene mellom menneske og dyr er at mennesket har språk. Samhandlingen mellom mennesker foregår i stor grad ved hjelp av språket og i språket. Det er i tale og skrift vi kommer i kontakt med andre. Våre konstateringer og fakta fester vi i språklige formuleringer, like ens våre vurderinger, rettleidninger og påbud. Det er språket som gjør at vi har en samsvarende verden. Hvis vi ikke forstår hverandres språk, lever vi i hver vår verden, uten annet enn overfladisk kontakt.

Utgangspunktet for Skjervheims (2001) videre analyse er måtene en møter andre på i språket. En kan ta i mot et utsagn fra en annen som en påstand eller som et konstatert faktum. Dette er to fundamentalt ulike holdninger som det er mulig å innta til det en annen sier. Hvis en tar i mot utsagnet som en påstand, kan en engasjere seg i en diskusjon om saksforholdet i påstanden, en lar seg engasjere i den andres problem. På samme måte er det om den andre kommer med en vurdering. En kan bli engasjert, eventuelt komme med en annen vurdering. Da får en en tredelt relasjon mellom den andre, saksforholdet og seg selv, som er slik at en deler saksforholdet med hverandre. Den andre muligheten er at en inntar en helt annen innstilling ved å ikke la seg engasjere i den andres problem, det vil si å ikke bry seg om det saksforholdet den andre refererer til. En kan nøye seg med å konstatere som faktum at den andre refererer til dette saksforholdet. Da får en to todelte relasjoner. Den ene er meg i relasjon til mitt saksforhold, eller faktum, og den andre personen i relasjon til sitt saksforhold. Et tredje alternativ er at en kan, istedenfor å høre etter hva den andre sier, lytte til de lydene den andre produserer, og konstatere at han produserer lyder. Da reduserer en den andre til et rent fysisk objekt i sin verden. Skjervheim skriver at det i dagliglivet ikke er snakk om det ene eller det andre eller tredje. I dagliglivet gjelder alle tre holdningene på samme tid. Den mellommenneskelige situasjon er derfor i prinsippet ikke entydig, men tvetydig. Det er særlig i en type situasjoner vi nesten uvilkårlig kommer til å oppfatte den andre som et faktum, skriver Skjervheim (2001). Det er når det den andre sier er svært urimelig. Han nevner som eksempel der en person mener at hans handlinger er styrt utenfra av mystiske stråler. Det kan da være vanskelig å ta dette alvorlig. En kommer heller til å legge merke til det faktum at vedkommende sier dette, og kan videre innordne dette i en faktisk sammenheng. I dette tilfelle vil en innordne det i en psykiatrisk sammenheng (Skjervheim 2001)<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Det er nettopp dette som lett kan skje når en som hjelper står over for personer som uttrykker psykotiske opplevelser.

Skjervheim (2001) diskuterer hvorvidt det er mulig å objektivere seg selv. Han skriver at det kan en i prinsippet ikke. Men i dagliglivet er det lettere å objektivere den andre, særlig når vi ikke finner å kunne ta den andre alvorlig. Vi kan da tendere i retning av å oppfatte den andre som et foreliggende faktum, et kasus. Og hvis vi objektiviserer den andre, er det lett på samme tid ikke å ta det vedkommende og det han sier alvorlig Dette blir spesielt relevant i forhold til pasienter med lidelser som psykose fordi de i følge faglitteraturen har en forvrengt virkelighetsoppfatning. Å ta den andre alvorlig er det samme som å være villig til å ta hans meninger opp til ettertanke og eventuelt diskusjon (Skjervheim 2001).

Videre skriver Skjervheim (2001) at i møte mellom mennesker der den ene føler seg vurdert og avkledd av den andre, kan en lett komme i forsvarsholdning. Dette skjer fordi en opplever en objektiviserende holdning fra den andre. Objektiviserende holdning kan kjennes som et angrep på ens frihet. En blir gjort til et faktum eller en ting i den andres verden. Objektiviserende holdninger fra den ene eller den andre kan føre til strid om hvem som har herredømmet. Ved å objektivere i stedet for å delta i andre menneskers vurderinger, og ved å objektivere sin omverden og de andre i samfunnet, stiller en seg utenfor. Samfunnet framtrer da som fremmed for en selv. Det fremmede er nettopp det som en ikke deltar i, eller engasjerer seg i, eller er i stand til å delta eller engasjere seg i. Om ordet "engasjement" skriver Skjervheim (2001) at det ikke betyr en egenskap som vi av og til har, og av og til ikke har. Siden vi er i verden, er vi engasjert, i et eller annet. Engasjement er en grunnstruktur i den menneskelige tilværelsen. Det hører til det Heidegger kaller "kastethet"; kastet inn i livet. Det vi kan velge er hva vi vil la oss engasjere i eller ikke (Skjervheim 2001).

Min empiri har vist at det ikke alltid var mulig for informantene å uttrykke seg med ord for å bli forstått av andre. Intervjuteksten viste at informantene kunne oppleve dette hvis hjelperen ikke kunne se for seg "den verden" informantene snakket ut i fra. Vi må bruke språket hvis vi skal forstå en annen persons livsverden. Å snakke om språket som en livsform knyttes til filosofen Ludwig Wittgenstein. (Birkler (2003). Wittgensteins mening er at ordene i siste instans får sin betydning fra forskjellige livsformer. Denne meningen kan godt endres over tid. Wifstad (1997) skriver at for å forstå et ords mening, er det lokale omstendigheter en må feste blikket på. Ordets mening inngår i dets bruk, og bruken inngår i en livsform.

Wittgenstein ble senere i livet mer opptatt av at de viktigste tingene i livet ikke kan uttrykkes klart. Det kan for eksempel handle om hvem vi er som menneske, uttrykt i form av etikk, verdier, kultur, religion og så videre (Lorem 2006). Birkler (2003) formulerer det slik at Wittgenstein i sin senfilosofi fremhever at språk og handling er tett forbundet. Slik sammenflettes menneskets språk og livsverden. Thornquist (2003) skriver at språket i følge Wittgenstein betraktes som konstituerende for virkeligheten. Med andre ord er det med på å forme virkeligheten for oss. Thornquist (2003) viser til Wittgenstein, og skriver at hans poeng er at ord, handlinger, bilder og andre uttrykk som mennesker skaper, blir til og får sin mening i et betydningsfellesskap.

### **3.2 Om identitet**

Identitet, selvbilde, selvoppfattelse og selvforståelse brukes så å si synonymt i denne oppgaven. Også Arntzen (2003) ser på nevnte begreper som synonyme begreper.

Identitet kommer av det latinske idem, som betyr ”den samme”, ”en og samme” eller ”den selv samme” (Birkler 2003). Mennesker er i konstant forandring både fysisk og psykisk, fra fødsel til død. Likevel kan vi oppleve noe ved oss selv som er relativt stabilt, gjenkjennelig og kontinuerlig. Det ved personen som forblir det samme, omtales som personlig identitet (Birkler 2003). Personlig identitet har blant annet å gjøre med spørsmål som hvem en er som kjønn, hvordan en er en del av samfunnet, nasjonalitet, etnisitet, hvem en er som fagperson, og hvem en er i nære relasjoner. Grensene for den personlige identiteten, slik den oppleves av den enkelte, flytter seg avhengig av situasjonen en er i. Den personlige identiteten forstås som skapt av ens relasjoner til omverdenen. De likheter og forskjeller en forstår i forhold til andre personer, er med å skape ens identitet. Denne posisjonen kalles inter- relasjonisme, i det identiteten skapes i forholdet mellom personen og de relasjoner personen har til omverdenen (Birkler 2003).

Identitet kan forstås som kroppslig forankret. Vi er i verden som kropp, og våre erfaringer og vår historie er kroppslig forankret. Butterworth (1998) diskuterer forskjellige oppfatninger av selvet, og ser kritisk på oppfatninger som fremhever en dualistisk separasjon av selvet fra omgivelsene, og selvet fra kroppen. Blant annet viser han til Strawson som betrakter selvet som et kognitivt fenomen, alene i sitt eget hode, med kroppen som en beholder for den mentale tingen som selvet, eller en selv, helt essensielt er. Butterworth mener at selvet har



mange fasetter. Det er forankret til kroppen og dens funksjoner, til sosiale og følelsesmessige erfaringer og til kognitiv utviklingsprosess. Han omtaler Strawsons oppfattelse av selvet som bare en fasett av en kompleks, intern sameksistens av selv- faktorer. Også de kognitive aspektene av selvet utvikler seg, slik jeg forstår Butterworth (1998), ut i fra forankringen til kroppen. I møte med mennesker i ulike livsfaser, ulike situasjoner og ulik tilstand får helsepersonells oppfatninger av og holdninger til andre mennesker etiske og moralske implikasjoner. Woods (2000) skriver at spørsmålene om hva som gjør en person til en person, og hva som gjør at en person forblir den samme personen, er to viktige filosofiske spørsmål. Han diskuterer etiske aspekter ved ulike oppfatninger av hva som gjør en person til en person, forblir den samme person eller opphører å være en person. Woods (2000) viser til Locke's definisjon av personlig identitet:

*"... to find wherein personal identity consists, we must consider what person stands for, which, I think, is a thinking intelligent Being, that has reason and reflection, and can consider it self as it self, the thing in different times and places"* (Woods 2000:169).

Oppfatninger Woods (2000) diskuterer, er for eksempel om en person fremdeles er en person hvis vedkommende er irreversibelt bevisstløs, eller om en person kan ses som en person hvis vedkommende mangler (vanlige) psykologiske egenskaper. Å bli en person dreier seg om grader av utvikling og bevissthetstilstand, og derfor er det en terskel å stige over før et individ kan ses på som en person, i følge Woods (2000). Et spørsmål blir da om barnet først kan ses som en person når det har utviklet seg til et visst utviklingsstadium. Et annet spørsmål er når en kan si at en person fremdeles er den samme personen, og når vedkommende ikke lenger kan sies å være det? Som eksempel er en person i terminal fase av sykdom nevnt. Det som var karakteristisk for personen både fysisk og psykisk, er her ikke lenger tydelig. En kan her ikke si sikkert at personen er seg bevisst i 1. person entall, men en kan heller ikke si sikkert at vedkommende ikke er det. Et spørsmål blir da hvorvidt personen, selv om vedkommende er i live, er i live på en måte som er meningsfull. Og hvem kan avgjøre det?, spør Woods (2000).

Goffman (1992) beskriver hva som skjer når to eller flere mennesker står ansikt til ansikt og skal samhandle, og bruker teaterforestillingens begreper og synsvinkler som tilnærming. Goffman tar blant annet for seg hvordan en person i normale arbeidssituasjoner fremstiller seg selv og sin aktivitet for andre. I sosiale situasjoner styrer og kontrollerer en det inntrykk en vil at de andre skal danne seg av en og de ting en kan og ikke kan gjøre så lenge en fremfører denne opptreden for dem. Når en person kommer sammen med andre, vil han vanligvis

handle målrettet for å gi de andre et inntrykk det er i hans interesse å formidle. Men en gjør også et indirekte inntrykk, som er vanskeligere å kontrollere. ”Publikum” kan da prøve gyldigheten av det personen prøver å uttrykke. En sosial rolle omfatter en eller flere enkeltroller. Og hver av disse forskjellige rollene kan spilles av den opptredende ved en rekke anledninger overfor samme slags publikum eller overfor et publikum som består av de samme personene (Goffman 1992).

### 3.2.1 Å bli seg selv gjennom forholdet til andre

Objekt– relasjonsteori er omtalt av flere forfattere ut i fra noe ulike syn. Monsen (1996) skriver at mennesket hele livet forstås å være i utvikling eller tilblivende gjennom sin deltakelse i ulike sosiale og mellommenneskelige konstallasjoner. Jerlang (1998) skriver om den tidlige psykoanalyse at den forklarte utviklingen av menneskets atferd stort sett ut fra utviklingen av og forandringen i driftenes krefter og måter å bli tilfredsstilt på. Senere har en i større grad forstått mennesket som et sosialt vesen forbundet med den sosiale omverden. Cullberg (2001) anvender objektrelasjonsteori i sin faglige forståelse av selvutviklingen, og betydningen av selvutviklingen i forhold til å eventuelt utvikle psykose. For å forstå identitet i sammenheng med psykose, har jeg valgt objekt– relasjonsteori med vekt på Monsens (1996) omtale av den.

Monsen skriver at objekt- relasjonsteori skiller seg fra klassisk psykoanalyse blant annet i forståelsen av hvordan ego<sup>8</sup> dannes. Innen objekt– relasjonsteori anses utviklingen av ego å være i en alltid pågående prosess. Jerlang (1998) omtaler blant annet objekt- relasjonsteori utviklet av nyere amerikansk psykoanalyse, med vekt på Mahlers objekt– relasjonsteori. Jerlang (1998) skriver at i følge Mahler følger den psykiske utvikling et nokså fastlagt mønster som angir rekkefølgen av og tidsperioder for utviklingen, men med rom for individuelle forskjeller. Det avgjørende er at i visse perioder er bestemte utviklingstemaer eller trekk sentrale. Disse temaer krever noen muligheter for å komme til uttrykk. Får individet disse mulighetene, utvikles de tilhørende nødvendige personlighetstrekk. Mangler mulighetene, utvikles ikke disse personlighetstrekene, eller det skjer en feilutvikling.

---

<sup>8</sup> I følge ordliste (Jerlang 1998) (red) er ”ego” det samme som ”jeg”. (se fotnote 1). ”Jeg” representerer individets fornuft, tenkning og vilje. Monsen (1996) skriver at ego er et psykologisk begrep. Det refererer til typiske mønstre i individets måter å mestre og integrere opplevelser, og til å skape mening i en verden som ellers bare ville bestå av sanseintrykk, følelser, drømmer etc.

Wedel– Brandt (1998) skriver at det ut i fra ulike menneske – og samfunnssyn oppstår forskjellige oppfatninger av årsaker til menneskets utvikling. Forenklet kan en dele det opp i tre hovedgrupper: 1.Mennesket utvikler seg ved at medfødte, innenfra kommende egenskaper kommer til uttrykk, altså utvikling ved modning. 2. utvikling er et resultat av påvirkning av krefter utenfra. 3.Utviklingen forklares ved en vekselvirkning mellom individ og samfunn.

Monsen (1996) presenterer en selvmodell og en type selvpsykologi som hovedsakelig er basert på objekt- relasjonsteori og eksistensialisme<sup>9</sup>. Han skriver at disse innfallsvinklene for forståelse av personlighets – og identitetsutvikling utfyller hverandre i det å beskrive hvordan vi blir oss selv gjennom forholdet til andre, og hvordan enkeltindividet også selv er delaktig i å skape sin egen identitet. Også naturen, dyr, livløse ting i omgivelsene, egen kropp og kroppsdelene utgjør det en har forhold til (Monsen 1996, Wedel – Brandt 1998). Om begrepet identitet skriver Monsen (1996) at det er et meget sammensatt fenomen. Vi skaper identitet og mening gjennom våre handlinger, og vi bygger inn relativt faste definisjoner av hvem vi er ut i fra hvordan vi blir oppfattet av andre, skriver han videre.

Det er vanskelig å si eksakt hva selvbegrepet omfatter. Antakelig finnes det ikke noen klar og entydig definisjon. Men det er vanlig å betrakte selvet som et system som er overordnet det individuelle. Selvet regnes i videste forstand å inkludere alle aspekter ved den menneskelige eksistens, både på et konkret kroppslig, sjelelig, og på et åndelig nivå av bevissthet. Videre skriver han at selvet i denne sammenhengen kan forstås som et avansert og komplekst informasjonssystem der individet hele tiden må filtrere og kode opplevelsesinformasjon fra seg selv, sin egen kropp, og ut fra hvordan vedkommende blir oppfattet av andre.

Normalutviklingen (fra tidlig barndom) består på et psykologisk nivå i å bygge opp et stort antall indre objekter for å bli en person. Dette skjer ved en prosess som kalles introjektiv læring, og som igjen kan deles inn i underprosessene introjeksjon – identifikasjon - og internalisering (Monsen 1996). Det at vi har relasjoner til hverandre gir oss en stor mengde erfaringsinformasjon som vi bygger inn i vår bevissthet, identifiserer oss med, og prøver ut i

---

<sup>9</sup> I følge ordliste (Jerlang 1998) (red.) er eksistensialisme en filosofisk retning som legger vekt på menneskets eksistens, dets væren (her - og - nå) og bevissthet om dette samt ansvar for sitt liv. May (1971) skriver at uttrykket eksistensialisme er brukt på mange måter, men at det bør ses som et uttrykk for dybde dimensjonene i nåtidens emosjonelle og åndelige liv; strømmingen merkes nesten over alt i vår kultur, ikke bare i psykologien og filosofien, men også i en del kunst og litteratur. Eksistensialismen har røtter i Kierkegaards (1813-1855) filosofi (May 1971).

handling. På bakgrunn av prinsippene for introjektiv læring kan vi derfor også si at vi i stor grad blir oss selv gjennom andre, skriver Monsen. Mangel på personlig tilknytning og personlige relasjoner fører på tilsvarende måte med seg mangelfull personlighetsutvikling hos barnet, skriver Monsen videre. Barnet internaliserer ikke bare opplevelser av betydningsfulle andre som individer, det bygger også inn representasjoner av sitt forhold til betydningsfulle andre, samt de andre personenes forhold til hverandre i et utall av nyanser og variasjoner. Kvalitetene i mellommenneskelige forhold regnes for å være av overordnet betydning for selvutviklingen. Det som er forutsetningen for en sunn utvikling, er at barnets betydningsfulle andrepersoner er tilgjengelige for kontakt, at de verdsetter barnets individuasjon<sup>110</sup>, samt at de selv i rimelig grad klarer å møte kompleksiteten i sitt samliv og i vår kultur (Monsen 1996). Når kvaliteten på denne kontakten med nære andre er god nok, fører dette til en type introjeksjon som gjør ego mindre avhengig av permanent kontakt med andre. En forholder seg ikke lenger bare til andre som konkrete objekter, men også som abstraksjoner representert ved symboler. Monsen (1996) skriver at dannelsen av ego og symboler kan ses som avgjørende for at mennesket kan overskride umiddelbarheten i sine konkrete opplevelser og handlinger. Dette gir igjen mennesket muligheter for en større distansering mellom den opplevende organisme (selvet) og representasjoner av opplevelsene (symboler). Med andre ord øker oppbyggingen av indre objekter evnen til å kunne utsette handling rent umiddelbart, og siden mennesket gjennom dette blir mindre stimulusbundet, øker også handlingsreportoaret (Monsen 1996).

Når det gjelder psykoser, skriver Monsen (1996) at Szasz bidrag er vesentlige for å forstå psykose generelt. I følge Monsen er Szasz en av pionerene innen psykiatri som forkaster den medisinske sykdomsmodellen som forståelsesgrunnlag for psykiske forstyrrelser generelt, og tar utgangspunkt i objekt- relasjonsteori, for eksempel i forståelse av schizofreni . Hovedperspektivet i denne analysen er i følge Monsen (1996) mangelaspektet og de konsekvensene dette innebærer. Monsen skriver videre at Szasz gjør et klart skille mellom det han kaller fantasiobjekter og internaliserte objekter. Fantasiobjekter er skapt gjennom menneskets primære kreativitet, som er fantasien. Men når objektrelasjonene i familiesystemet er svært mangelfulle, skjer oppbyggingen av fantasiobjekter som en defensiv

---

<sup>10</sup> Den prosessen som innebærer å bli kjent med den allmenmenneskelige natur i seg selv og andre, og utvikle sitt eget individuelle og bevisste forhold til disse dimensjonene. Individuasjon betegner menneskets streben etter å bli et personlig selv og på den måten differensiere seg opp eller frem som noe mer enn et artseksemplar. Individuasjon er selvvirkeliggjørelse både på et kroppslig, sjelelig og åndelig plan. Betegnelser som er vanlig på dette fenomenet er: Å bli den man er, å bli sin egenart, selvvirkeliggjørelse og selvrealisering (Monsen 1996).

og selvreparerende aktivitet. Og internaliserte objekter oppnås, i motsetning til fantasiobjektene, historisk gjennom kontaktforhold med betydningsfulle ”andre – personer”. Disse objektene blir sjelden oppgitt, men kan gradvis utviskes og erstattes med nye. Fantasiobjektene kan imidlertid tenkes å ha en lignende funksjon som erstatning for reelle indre objekter: psykotiske vrangforestillinger og hallusinasjoner blir brukt som objekter for ego, og virker derfor identitetsbevarende (Monsen 1996)<sup>11</sup>.

### **3.3 Relevante omsorgsperspektiver**

I den jødisk– kristne skapelsestenkning og i klassisk fenomenologi er legeme og ånd kroppslig. Denne tenkningen har Martinsen med seg fra Løgstrup. Martinsen og Løgstrup er fenomenologer. Fenomenologien knytter kropp og sansning til forståelse og tanke. Slik er den en kritikk mot det menneskesyn som skiller kropp og sjel. I gresk – kristent menneskesyn er kroppen atskilt fra bevisstheten, og sansene fra intellektet (Alvsvåg 2000). Løgstrups syn er at livet er kroppslig. Som hele mennesker er vi kroppslige. Kroppen er ikke isolert i forhold til det åndelige. Mennesket er ikke oppdelt; tanke og kropp kan ikke skilles. Kroppen er Guds skapte kunstverk. Menneskesynet er anti– dualistisk, og som kropp er vi skapt for å inngå i relasjoner til hverandre. Løgstrup tenker via kropp. For Løgstrup bindes tanken til det nærværende og sansbare, til det som hele tiden er der i våre hverdagerfaringer slik som sansing, språk, farger, kroppslighet, tillit, håp, barmhjertighet, glede og tilintetgjørelse. I følge Martinsen (1996) tar Løgstrups fenomenologi utgangspunkt i det før- vitenskapelige og før-religiøse i våre erfaringer i dagliglivet. Det er å forstå fenomen i sin helhet, uredusert, skriver hun (Martinsen 1996).

#### **3.3.1 Om tillit og makt**

I forbindelse med omtale av deler av Martinsens tenkning skriver Delmar (2000) om det asymmetriske forholdet der den ene personen er hjelper og den andre er pasient. Tilliten og makten er lagt i sykepleierens, det vil si den profesjonelle hjelperens ”hånd”. Martinsens ontologiske situasjonsetikk er preget av Løgstrups tilværelsestolkning. Det samme er fenomenene tillit og makt. Tillit er for Martinsen og Løgstrup en såkalt livsytring. Tilliten kan ikke skapes. Den er alltid til stede i våre liv. Og tilliten er sårbar, slik at vi kan ødelegge den. Mistillit kan i verste fall oppstå. Vi er i vår gjensidige avhengighet av hverandre omfattet

---

<sup>11</sup> Jf. Senere i oppgaven når en av mine informanter har personifisert sin opplevelse av ensomhet.

av makt, når mennesket i tillit utleverer seg. Delmar skriver videre at Martinsen forstår omsorgen som et relasjonelt, moralsk og praktisk begrep, og omsorgen som så mangfoldig at den skal forstås og vise sitt vesen i praksis (Martinsen 1990). Slik blir etikken og forvaltning av makten også en sak om skjønn og avveining i praksis. Det blir en sak om situasjonsbestemt og sanselig oppmerksomhet (Delmar 2000).

Løgstrup (2000) skriver at uansett hvor mange måter kommunikasjonen mellom oss kan arte seg på, så består den alltid i å driste seg frampå for å bli imøtekommet. Det er nerven i den, og det er det etiske livs grunnfenomen, skriver han. Videre skriver Løgstrup at hvis tilliten blir møtt av en hvilken som helst annen holdning enn en mottagelse av den, slår den over til mistro. Det skal ikke fiendtlighet til, skriver han. Det kan skje vel så mye på grunn av likegyldighet, reservasjon og avvisning. Det vil man ikke utsette seg for. Derfor nøytraliserer man tilliten på forhånd. Løgstrup skriver om barn at de kan bare vise tillit uten forbehold. De har ikke lært å reservere seg. Barnet prisgir seg selv når det viser tillit. Hvis barnet ikke møter kjærlighet, blir dets livsmuligheter ødelagt. Videre skriver Løgstrup at vi har stilltiende blitt enige om å benytte konvensjonen som en tilværelsesform som lar oss slippe menneskelivets eget dilemma: Det vil si at alt som ikke er omsorg for den tillitsfulles liv, er ødeleggelse av det (Løgstrup2000).

### **3.3.2 Om sansing**

Innenfor Martinsens tenkning har jeg lagt vekt på sansing i møte med den andre. Martinsen bruker uttrykket ”*de seende følelser*” og ”*de adgangsgivende følelser*” om de følelser sansingen åpner for. Hun skriver at de gir oss adgang til å forstå (Martinsen 2000). Min tekstanalyse viser at i møtet med de profesjonelle hjelperne var informantene i stor nød. Selv om det ikke ble uttrykt verbalt, må de ha uttrykt dette med sin kropp, slik Delmar (2000) formulerer det. Som profesjonell hjelper vil en her ha bruk for ”*de seende følelser*”. Martinsen (1996) skriver om sykepleiearbeid at det er å følge pasientens kroppsuttrykk. Det å ta i mot de vekslende og mangfoldige inntrykk pasientens kropp gir, er en relasjon preget av gjensidig utleverthet og berørthet.

Delmar (2000) skriver at det er nødvendig at sykepleieren, det vil si den profesjonelle, utvikler en sanselig oppmerksomhet, eller situasjonsbestemt oppmerksomhet og personlig tilstedeværelse. Dette gjelder især når pasientene ikke verbalt ber om omsorg, men på andre

måter uttrykker det med sin kropp<sup>12</sup>. Når det gjelder sanselig oppmerksomhet, spiller tiden inn. Men i like stor grad handler det om en måte å være til stede på. Det handler om å være oppmerksom, nærværende og dvelende uten nødvendigvis å ha mer tid. Sanselig oppmerksomhet er i samspill med fagligheten. I følge Delmar (2000) kaller Martinsen den situasjonsbestemte og sanselige oppmerksomhet for faglig skjønn. Det å bli den andres tillit verdig, skriver Martinsen (1999), handler om faglig skjønn og interesse for den det gjelder, og at den andres utleverthet skal bli imøtekommet og forstått. Sanselig oppmerksomhet er i samspill med følelsene. Det vil si at man med nærhet til egne følelser kan erkjenne sine følelser i øyeblikket. Det viktige blir at omsorgen ikke utarter slik at nærheten blir feilslått ved å bli omklamrende eller formynderisk. Sanselig oppmerksomhet er også i samspill med den moralske sans. Det er en oppmerksomhet og en evne til å kunne se hva som til enhver tid er på spill mellom to personer i samspillet. I praksis er det de konkrete handlinger i forholdet, det vil si det som speiler personen som en moralsk person. En må være oppmerksom på maktaspektet, og at en kan bli blind for det av egne, livshistoriske grunner. Et stadig møte med egen forforståelse er derfor viktig. Det handler også om mot, og da forstått som en konfrontasjon med egne følelser og forforståelse. Og det handler om en personlig parathet, forstått som villighet til å leve med den usikkerhet som konfrontasjon med følelser og forforståelse kan gi, samt at det handler om å tåle avvisning av pasienten<sup>13</sup> (Delmar 2000).

Løgstrup legger mest vekt på uttrykket og tonen i språket. Martinsen (1996) bruker begrepet aktelsens språk. Det er et åpent og undrende språk, et følsomt og stemt språk, ikke forklarende og klassifiserende. Aktelsens språk har i seg sansningens tilbakeholdne langsomhet. Sansningen er tilbakeholden. Det er det vesentlige for å kunne motta (Martinsen 1996). I en samtale mellom hjelper og pasient prøver man gjennom interesse, tid og respekt å få fram det som er viktig både for den personen det gjelder, og for den profesjonelle hjelperen som skal forstå situasjonen. På forhånd vet en ikke hva det er. Men ved å lytte og å snakke sammen viser det seg hva som er viktig. Det dreier seg om at en gir rom for den andre til å komme fram med sitt uten å presse sine egne oppfatninger på ham eller henne, eller på andre måter presse den andre.

---

<sup>12</sup> Som det fremgår av mine funn senere i oppgaven, har flere av mine informanter unnlatt å be om hjelp, selv om behovet for hjelp var til stede.

<sup>13</sup> Gjennom arbeid med psykosenære eller psykotiske pasienter, har en ofte rik erfaring med å tåle avvisning.

## **4.0 METODE**

I dette hovedkapittelet vil jeg beskrive hvordan jeg har gått fram for å få svar på min problemstilling. Jeg skriver kort om fenomenologi og hermeneutikk for å begrunne og klargjøre metodevalg. Siden jeg har forsket i et felt som jeg har min arbeidserfaring fra, vil jeg ta med refleksjoner over det å forske i eget felt. Så kommer en oversikt over hvordan jeg har gått frem i forhold til prosessen med å få mitt prosjekt vurdert av Regional komité for forskningsetikk, Nord- Norge (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), planlegging av intervjuene og rekruttering av informanter. Deretter beskriver jeg hvordan jeg gjennomførte intervjuene. Etter det kommer en redegjørelse av ”troverdighet”, hvor også ”gyldighet” inngår, samt tolkning, analyse og konfidensialitet. Til slutt omtales metodekritikk og etiske vurderinger.

### **4.1 Fenomenologi**

Fenomenologi som filosofisk tradisjon ble grunnlagt av Edmund Husserl (1859 – 1938). Han mente at objektivistisk vitenskap etablerte en absolutt avstand mellom vitenskap og levd liv. Husserl stilte spørsmål ved filosofien til Descartes (1596-1650) og Galilei (1564- 1642). Descartes foregav med sin ”metodiske tvil” å starte på bar bakke. Galilei hadde trukket opp linjene for problemstillinger i nyere tids filosofi. Han hadde lagt grunnlaget for en matematisk naturvitenskap, og hevdet at bare det som kan beskrives matematisk, eksisterer objektivt. Husserl kalte et slikt grunnsyn med et fellesnavn for ”objektivisme”, og han hevdet at det danner grunnlaget for de fleste problemstillinger i nyere tids filosofi. Maskinen representerte etter hvert forbildet for tenkningen om alle andre fenomener, noe Descartes bidro til. Descartes forbindes vanligvis med kropp/sjel-dualisme, en oppsplitting av mennesket i to uavhengig eksisterende substanser. Det er kroppen som materie, og bevisstheten/sjelen som noe ikke-materielt (Thornquist 2003). Fenomenologien har prøvd å ta et radikalt oppgjør med den kartesianske dualismen (Fjelland og Gjengedal 1995).

Husserl mente at intet viser seg uten å vise seg for noen. Fenomenologi innebærer å se på det som ”trer frem og viser seg” for noen. Det er altså en relasjon mellom fenomenet som viser seg og den som fenomenet viser seg for (Bengtson 1999). Nåden (1999) skriver at fenomenologi er et systematisk forsøk på å avdekke strukturer, den interne meningsstruktur eller levd liv. Thornquist (2003) skriver at fenomenologi er en erfaringsorientert tradisjon.



Den formidler respekt for det konkrete som konkret, og legger vekt på fyldige, erfaringsbaserte og kontekstualiserte beskrivelser.

Husserl utarbeidet livsverdenbegrepet. Livsverden er den verden som mennesket aldri kan unnsnippe så lenge det er i live. Det er den verden vi tar for gitt, som vi alltid allerede lever i sammen med andre mennesker, og som vi står i et kommunikativt forhold til. Livsverden er selvfølgelig der i alt mennesket foretar seg, og tas uten reservasjon for gitt gjennom hele livet. Livsverden er den verden som all erfaring har utgangspunkt i, og som går forut for og er en forutsetning for all vitenskap (Bengtson 1999).

I følge Thornquist (2003) omtales Martin Heidegger (1889–1976) både som fenomenolog og hermeneutiker. Han har videreført sentrale innsikter fra fenomenologien. Heidegger benevner tilværelsens fundamentale strukturelementer som eksistensialer. Et av eksistensialene er forståelsen. Forståelsen som eksistensiale er en av tilværelsens innerste strukturer, og en grunnleggende måte å være i verden på (Gulddal og Møller 1999). Eksistensialene tar utgangspunkt i at mennesket lever i en historisk, kulturell og sosial sammenheng. Å forstå menneskets relasjon til omverdenen er derfor av grunnleggende betydning for vår livsverdensforståelse. Det gjelder også tidsdimensjonen og forståelsen av mennesket som kroppssubjekt. Dette forbindes med Heideggers uttrykk ”kastethet” (Fjelland og Gjengedal 1995, Thornquist 2003).

I følge Østbrg (1994) og Thornquist (2003) la den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty vekt på at kroppen er sentrum for all erfaring. Han fremhevet at levd erfaring og levd liv har kroppslig forankring. Kroppen er bæreren av væren-i-verden, og det å besitte en kropp betyr for et levende vesen å slutte seg til et bestemt miljø, smelte sammen med særlige forehavender, det vil si ”det en har fore”, og uavbrutt engasjere seg i det, skriver Merleau-Ponty (1994).

Merleau-Pontys livsverdenbegrep er inspirert både av Husserl og Heidegger. Han kaller for det meste livsverdenen ”være-til-verden” for å få fram intensjonaliteten i den. Det er både en opplevelsesverden for meg og en verden som mitt liv er rettet mot og utspiller seg i. Det er gjennom den sansende kroppen vi har tilgang til verden (Bengtson 1999, Østberg 1999, Thornquist 2003). Kroppens syntese er intensjonal. Det vil si at den er rettet forstående mot noe, den uttrykker et ”jeg kan”, eller den gir muligheter, eller projeksjoner kommende

handlinger (Østberg 1999). Merleau-Pontys utgangspunkt er at vi allerede er i verden. Kroppen og dens omverden utgjør en indre relasjon eller struktur. De to ”momenter” henviser gjensidig til hverandre. Og dette er betydningen av Heideggers begrep om ”å være – i – verden, som Merleau-Ponty gjengir som ”å være-til-verden”.

I følge Bengtson (1999) er den tvetydige eksistensen, som er like mye kropp som subjekt, det som opptar Merleau-Pontys interesse. Kropp og sjel utgjør en integrert helhet. ”Levd kropp” er den betegnelsen Merleau-Ponty bruker på denne sammenfletningen. Den levde kroppen er subjekt for alle erfaringer, og gjennom det er den aldri identisk med et objekt. Den er vår tilgang til verden. Hver forandring av kroppen, for eksempel ved sykdom, skade, tap av funksjon osv, medfører derfor forandringer av verden. Den egne levde kroppen er forutsetningen for at ting trer frem i perspektiv for oss. Den er vårt utkikkspunkt. Av andre fysiske objekt vil noen være synlige for oss, og noen vil være skjult. I forhold til alle andre fysiske objekter kan vi bytte perspektiv, flytte på oss, men ikke i forhold til ens eget utgangspunkt (Bengtson 1999).

## **4.2 Hermeneutikk**

I følge Fjelland og Gjengedal (1995) har Hans-Georg Gadamer (1900-2002 ) videreført nyere hermeneutikk. Ordet ”hermeneutikk” stammer fra det greske ”hermeneutike”. Det er en konstruksjon med bakgrunn i ”hermeneia”, som betyr ”språklig artikulasjon”. Da den greske litteraturen ble oversatt til latin, ble ordet gjengitt med ”interpretatio”, som betyr ”fortolkning”. Det som ligger til grunn for en hver hermeneutikk, er en teori om språket, og stammer fra Aristoteles (Gulddal og Møller 1999). Begrepet forståelse er fundamentalt i hermeneutikken. Tolkningene som fører frem til forståelse, er ikke nødvendigvis korrekte, men de kan være rimelige tolkninger (Nåden 1999, Thornquist 2003). Målet er gjennom en dialektisk prosess å komme fram til en så dyp forståelse som mulig, og det er det som har vært mitt mål med mine fortolkninger av min empiri. I følge Gulddal og Møller (1999) er hermeneutikken den filosofiske disiplinen som undersøker og forklarer fortolkningen og forståelsen. Den filosofiske hermeneutikken omhandler forståelsen slik den utfolder seg i hele spekteret av menneskelig omgang med verden. Den undersøker det som alltid skjer når vi fortolker og forstår. Hermeneutikk er den vitenskap som brukes til å tolke tekster. Opprinnelig ble hermeneutikken brukt til å tolke teologiske tekster. Senere ble bruken utvidet og brukt til tolkning av blant annet lovtekster, og tolkning av teater og dans. Videre skriver Gulddal og

Møller (1999) at hermeneutisk aktivitet alltid er en dialog mellom to eller flere parter. Dialogpartneren kan være et levende menneske eller en tekst. I følge den moderne hermeneutikk oppnås ikke erkjennelse i den enkeltes isolerte overveielse, men i en kollektiv bestrebelse. Gulddal og Møller (1999) skriver videre at erkjennelse alltid er dialogisk, og aldri monologisk.

Friedrich Schleiermacher (1768-1834) var i følge Thornquist (2003) den første som formulerte de grunnleggende prinsippene i hermeneutikk på en systematisk måte. Han gjorde hermeneutikken til en allmenn tolkningsteori, og understreker at hermeneutikkens oppgave er å unngå misforståelser. Schleiermacher understreker en uunngåelig sirkularitet i all forståelse. Det vil si at vi griper deler av en tekst ut fra helheten, men vi kan bare forstå helheten ut i fra delene (Nåden 1999, Thornquist 2003). Helheten kommer før delene. Denne hermeneutiske prosessen viser seg ved at en går fra teori til empiri, for så å se resultatene i lys av teori og grunnleggende antakelser (Nåden (1999)).

### **4.3 Å forstå det en opplever gjennom å fortelle om det**

I intervjuene har informantene formidlet sine opplevelser og følelser ved å fortelle om dem. Dette har de gjort etter at psykosefasen var over. De har fortalt om en tidsepoke som er tilbakelagt, men som har påvirket deres syn på egen fortid, nåtid og fremtid. Måten de fortalte om sine erfaringer på, viser hvordan de i tidspunktet for intervjuet forsto og opplevde det de hadde erfart, og hvordan de oppfattet seg selv og sine omgivelser. Lorem (2006) skriver at det å uttrykke seg via fortellinger avhenger av tre forhold: At vi kan forholde oss til fortellingen som selvstendig uttrykk, at fortellingen kan sammenholde ulike beretninger i en meningshelhet (fortelleren), og at fortelleren kan forholde fortellingen til seg selv (selvidentitet). Han viser til Ricoeur som har skrevet mye om språk, forståelse og fortellinger. I følge Lorem (2006) mente Ricoeur at fortelling og identitet hører naturlig sammen. En fortelling må ha visse kjennetegn for å kunne kalles en fortelling. Lorem skisserer disse i fire punkter: En forteller (perspektiv), utstrekning over tid (et tidsforløp), et plot (ulikeartede hendelser sammenholdes i fortellingen) og formidling (fortellingens budskap) (Lorem 2006:153). Hermundstad (1999) skriver at språket ikke bare knytter individene sammen i et fellesskap, men det er også arenaen for etableringen av så vel den enkeltes selvforståelse som virkelighetsforståelsen i en mer utvidet forstand. Det er gjennom språket hendelser kodes og får sin betydning. Greve (1999) skriver at fortellingens primærfunksjon kanskje er at den

artikulerer og fastholder erfaring. Om selvframstillingen eller den selvbiografiske fortellingen skriver hun at den ikke bare gir sammenheng i ens livsløp, men den gir også sammenheng og helhet til ens personlighet. Vi tenker frem en slik sammenheng ved hjelp av fortellingen, skriver hun. Det selvbildet en har, er avledet av denne fortellingen. Og når vi går omkring og reviderer denne fortellingen, er det selvbildet vi arbeider med, skriver hun videre. Lundby (1998) skriver at de historiene vi forteller om våre liv bestemmer hvordan vi forstår oss selv og forholdet til våre omgivelser. Disse historiene er alltid forenklinger i forhold til opplevde erfaringer, og kan dermed alltid fortelles på nye måter, skriver han videre. Skumsnes viser til Mishler, og skriver om narrativ teori at denne ser nærmere på det menneskelige fenomenet at vi lager fortellinger om det som skjer med oss. På en annen måte kan det sies at vi konstruerer forståelsen av det vi opplever i fortellende termer (Skumsnes 1999).

I intervjuene fortalte informantene sine historier direkte til meg. Disse fortellingene ble transkribert ordrett til en skriftlig tekst, og denne teksten er grunnlag for min analyse og tolkning. Etter at dette arbeidet var gjort, er det den skrevne teksten jeg har forholdt meg til. Informantenes direkte tale er ikke lenger til stede, og de har ikke lenger innflytelse over det som skjer med teksten. Men deres stemme er likevel indirekte til stede i den skrevne teksten. På samme måte har heller ikke jeg innflytelse over min oppgave når jeg har levert den fra meg. Gjengedal og Fjelland (1995) skriver at teksten er på sett og vis et møte mellom oss og forfatteren, mellom den meningen forfatteren legger i ordene og den meningen vi legger i den. Videre kan en si at når jeg skriver min oppgave, er jeg i dialog med teksten. Arbeidet med teksten har vært en sirkelbevegelse hvor helhetsforståelsen setter delene i nytt lys og kan gi en ny forståelse av delene. Gjengedal og Fjelland (1995) skriver at det dreier seg om en slags sirkelbevegelse, det vil si det som omtales som den hermeneutiske sirkel.

#### **4.4 Forforståelse**

Forforståelse kan sies å være våre samlede oppfatninger og forventninger. Vi har dem med oss inn i forskningsprosjektet. De påvirker blant annet hvordan vi samler inn og leser våre data (Malterud 2003, Thornquist 2003).

Før jeg startet med min undersøkelse, hadde jeg erfaring fra arbeid med personer som har opplevd psykose, og gjennom litteratur og utdanning hadde jeg en oppfatning av hva psykose er. Erfaringer fra mitt eget liv har også hatt betydning både for valg av tema, og for mine

følelser og tanker i forhold til temaet. Dette vil utgjøre et bakteppe og et grunnlag for fornyet forståelse og kunnskap om temaet gjennom informantenes fortellinger, og hvordan jeg i ettertid har sett dette i lys av relevant teori. Gjengedal og Fjelland (1995) skriver at mye av ekspertens kunnskap er uartikulert. Nåden (1999) skriver at ikke all kunnskap kan fanges i ord og begreper. Forskeren har likevel den antakelsen at fenomener kan forstås bedre ved bruk av begreper. Det betyr i grunnen at forskeren gjennom utforskningen, via de forskjellige metodene, forsøker å synliggjøre deler av den såkalte "tause kunnskapen". Forskeren forsøker gjennom de empiriske metodetilnærmingene å få innblikk i og ta del i den personlige erfaringen i både pasientens og den profesjonelles liv, det vil i min oppgave si pasientenes møte med hjelpeapparatet.

I følge Thornquist (2003) understreker Gadamer vår tilhørighet til - og - i språket. Thornquist skriver at forståelse er forankret i språk og tradisjon. Med språket arver vi en fortid som vi ikke har skapt, og denne språktradisjonen former samtidig våre forsøk på å forstå. Det betyr at det alltid er en forforståelse som er et produkt av en språklig tradisjon (Thornquist 2003). I følge Nåden (1999) er forforståelse for Gadamer noe vi bringer med oss når vi tolker. Det er forventninger som av og til viser seg å passe, og av og til ikke å passe. Det er viktig at forskeren er bevisst sin forforståelse slik at den ikke skal virke forstyrrende på tolkningsarbeidet. I følge Thornquist (2004) bruker Gadamer begrepet "horisontsammensmelting" om møtet mellom tekst og leser, analogt til den ekte samtale. Gadamer beskriver forståelsesprosessen som en dialektikk mellom spørsmål og svar. Som i en samtale handler det om å gå i dialog med teksten.

#### **4.5 Å forske i eget felt**

Som nevnt har jeg tilleggsutdanning i relasjons- og nettverksorientert arbeid. Min senere arbeidserfaring har vært preget av denne tenkningen og utgjort et teoretisk og erfaringsmessig bakteppe for mitt prosjekt. Mine spørsmål til informantene prøvde jeg å formulere så åpent som mulig. Men min erfaringsbakgrunn har sannsynligvis likevel påvirket samtalene med informantene og de oppfølgingsspørsmål jeg stilte under intervjuene. Under intervjuene var jeg spesielt oppmerksom på om samarbeid mellom informantene, deres familier og hjelpeapparatet var en del av informantenes fortellinger. Jeg tror dette skinner i gjennom i diskusjonene og refleksjonene i oppgaven. Det er både fordeler og ulemper med å forske i et felt jeg kjenner. Gjennom mitt arbeid er jeg vant til terapeutiske samtaler. Det er ikke ulikt

intervjusituasjonen, men likevel ganske forskjellig på grunn av ulike mål mellom disse to samtaleformene (jf. Kvale 2004). Av den grunn hadde jeg på forhånd tenkt nøye igjennom og diskutert med andre som har kunnskaper på området om faren for å gå inn i en ”terapeutrolle” under intervjuene. Dette viste seg også å være nyttig, for underveis i intervjuene registrerte jeg hvor lett jeg kunne gli inn i en terapeutisk rolle. Intervjusituasjonen på sin side lærte meg også noe. Det fritak fra vurdering og tanke på tiltak som denne situasjonen innebar, ga rom til å være en mer ”helhjertet” lytter. Denne erfaringen vil jeg ta med meg hvis jeg igjen skal inn i ”terapeutrollen”.

Det hører også med til historien at jeg underveis i skrivningen havnet i et blindspor. Det besto i å tippe over i den relasjonelle tenkningen som min arbeidserfaring er preget av, i stedet for å være i dialog med teksten, eller empirien. Det viste seg altså at jeg likevel ikke hadde arbeidet tilstrekkelig med min forforståelse. Dermed virket forforståelsen forstyrrende på tolkningsarbeidet, slik Nåden (1999) skriver om det. Malterud (2003) skriver at hvis vi skal studere et fenomen, et felt eller et miljø som vi kjenner godt, er det mye vi tar for gitt. Dette gir en betydelig risiko for feltblindhet, noe som kan medføre at vi bare ser det vi er vant til å se fra tidligere. Vi kan for eksempel lete etter observasjoner som bekrefter våre egne erfaringer og forforståelse, slik jeg en stund gjorde. Dette kan føre til at en overser viktige meldinger om spor som kan lede til ny kunnskap. Fog (2004) skriver at forskeren også på forhånd må undersøke sine fordommer på det felt hun vil undersøke. Dette må gjøres dels med hensyn til hva hun anser som uomtvistelige sannheter, og dels med hensyn til hvordan hun tenker og føler i forhold til emnet. Hun bør overveie sine egne følelser både overfor emnet som sådan, og overfor den kategori av mennesker hun vil intervju.

#### **4.6 Hvordan jeg har gått fram**

For å nå mitt mål, har jeg valgt en kvalitativ undersøkelse, nærmere bestemt dybdeintervju, hvor informantenes egne opplevelser var i fokus. Gjennom en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming ville jeg prøve å sette meg inn i personenes livsverden. Kvale (2004) skriver at i et fenomenologisk perspektiv fokuserer en på personens livsverden. I intervjuet er det åpent for intervjupersonens erfaringer, det å få fatt på presise beskrivelser, det å forsøke å se bort fra forhåndskunnskaper, og det å søke etter beskrivelsens sentrale betydninger. Intervjueren både påvirker situasjonen og får tilgang til informantens livsverden ved å benytte seg av en implisitt kroppslig og emosjonell forståelsesmåte. En får også tilgang til informantens verden

ved at dennes opplevelser og meninger blir umiddelbart tilgjengelige gjennom tonefall, ordvalg og kroppsspråk (Kvale 2004, Fog 2004).

Under intervjuene prøvde jeg å være bevisst på hvilke oppfølgingsspørsmål jeg stilte. Jeg ville ikke stille spørsmål som jeg ikke hadde mulighet for å følge opp, eller som jeg vurderte som for nærgående i et forskningsintervju. Kvale (2004) skriver at etiske avgjørelser må foretas gjennom hele forskningsprosessen. Forskeren trenger egenskaper som følsomhet overfor hva etikk er, og ansvarsfølelse i forhold til å handle riktig i slike henseender. Videre skriver han at forskeren må vurdere intervjusituasjonens konsekvenser for intervjupersonene. Det kan for eksempel gjelde stressopplevelser og endrede selvbilder. Forskeren må tenke gjennom nærheten mellom forskningsintervjuet og det terapeutiske intervjuet. Hvis intervjuet berører sterkt personlige og emosjonelle emner, kan det i enkelte tilfeller bringe til overflaten dypere personlige problemer som krever terapeutisk behandling. Fog (2004) skriver at vår kroppslig forankrede erkjennelse kommer først. Det handler om vår fornemmelse av den andre. Mitt dilemma ble hvorvidt det å søke vitenskapelig kunnskap sto i motsetning til det jeg fornemmet, og å respektere intervjupersonens integritet på en etisk forsvarlig måte (jf. Kvale 2004).

#### **4.6.1 Planlegging av intervjuene**

Jeg hadde formulert tre overordnede spørsmålsstillinger tilknyttet min problemstilling (vedlegg nr 1). I forhold til de overordnede spørsmålene ville jeg vektlegge at informantene fikk snakke fritt. Intervjuet skulle ha form av en samtale, og jeg kunne stille oppfølgingsspørsmål underveis (jf. Kvale 2004). Kvale (2004) skriver at målet med slike intervju er å få spontane og rike beskrivelser. Spørsmålene forsøkte jeg å formulere i et lett dagligspråk. En kan nærme seg det en vil snakke om fra flere vinkler. Kvale (2004) skriver at i intervjusituasjonen bør spørsmålene ha en deskriptiv form som: ” *Hvordan var dine opplevelser?*” og lignende. For mange ”hvorfor-spørsmål” i et intervju kan føre til at intervjuet blir intellektualisert, og dermed kanskje ligne mer på en muntlig eksamen. Et intervju spørsmål kan lede til svar på flere forskningsspørsmål.

#### **4.6.2 Rekruttering av informanter og utvalg**

Jeg intervjuet yngre personer over 18 år som hadde et behandlingsforhold i voksenpsykiatrien. I utgangspunktet ønsket jeg å intervju personer som for første gang opplevde psykose eller psykosenær tilstand. Det viste seg at det var vanskelig å få tak i informanter ut i fra disse kriteriene. Førstegangskriteriet ble derfor tatt bort. Det som var viktig for meg, var å få fortellinger om opplevelser rundt det å bli psykotisk, og opplevelser knyttet til møtet med hjelpeapparatet. Siden informantene ble rekruttert gjennom behandlere, og dermed hadde status som pasienter, måtte mitt prosjekt vurderes av Regional komité for forskningsetikk Nord-Norge (REK) (vedlegg nr.5). Forandring av kriteier måtte meldes på eget skjema (vedlegg nr. 6). Totalt tok denne prosedyren det meste av semesteret. Jeg kunne derfor ikke sende ut forespørselen om deltakelse før i slutten av november (vedlegg nr.2). Deretter viste det seg at det var vanskelig å få tak i informanter som hadde erfart psykose. Mange ble forespurt, men de fleste svarte ikke på henvendelsen. Rekrutteringsprosedyren var slik at behandleren ga pasienten en skriftlig orientering om prosjektet, om hvem forskeren og veilederen var, og hvordan de kunne nås. Dette ble gitt sammen med forespørselen om deltakelse. Etter en viss betenkningstid sendte vedkommende eventuelt en underskrevet samtykkeerklæring til forskeren. Det betydde at jeg ikke kom i kontakt med informantene før de henvendte seg til meg. Derfor vet jeg ikke hva som var grunnen til at mange ikke svarte. Men jeg har forståelse for at mange kanskje ikke ønsket å stille seg til disposisjon når de hadde opplevd noe som var så vanskelig i livet sitt. Det tok to-tre måneder fra jeg sendte ut forespørselen til jeg hadde fått det jeg anså som et tilstrekkelig antall informanter. For å rekruttere informanter, henvendte jeg meg først til det lokale sykehuset. Her henvendte jeg meg først til lederne for ulike avdelinger for å få tillatelse til å kontakte behandlerne (se vedlegg nr. 3 og 4). Det viste seg at det ikke var nok å sende skriftlig forespørsel til behandlerne. Jeg antar at dette skyldes at deres arbeidsbelastning var stor nok fra før. Det var derfor nødvendig å ta direkte kontakt med behandlerne ved avtalte besøk på kontorene deres for at de skulle følge opp min henvendelse. Med tanke på den tiden jeg hadde til rådighet, tok nok denne prosessen svært lang tid.

Utvalget ble fire informanter, to av hvert kjønn. Jeg hadde på forhånd tenkt meg at tre til fem informanter ville være et passende antall. Tre av informantene var innlagt i sykehus under intervjuet, men for to av dem var det konkrete planer for utskrivning. En av dem var enda ikke klar for utskrivning, og en av dem hadde ikke vært innlagt. For å gjøre empirien mer



oversiktlig, har jeg brukt fiktive navn på informantene. Med fire informanter kan en ikke si at en oppnår metning, det vil si at nye intervju ikke bringer nytt stoff. Men hensikten med den metoden jeg har valgt, var heller ikke å generalisere mine funn. Hensikten var å bibringe kunnskap som kan gi økt innsikt og forståelse for de spørsmål som problemstillingen reiser. Dette er i samsvar med det Thornquist (2003) skriver om at målet med kvalitativ forskning er å komme fram til dybdekunnskap og få helhetlig forståelse av få enheter.

## **4.7 Intervjuene**

For å kunne gjennomføre intervjuene, lånte jeg samtalerom i det lokale sykehuset. Et intervju ble utført i informantens hjem etter vedkommendes eget ønske. Varigheten av intervjuene var 1 til 1 1/2 time. Jeg la vekt på å ha god tid. For å skape en så rolig og trygg atmosfære som mulig, snakket jeg innledningsvis litt om selve intervjusituasjonen. Jeg forsikret informanten om at det var greit å ta pause eller avbryte intervjuet hvis vedkommende fant det ønskelig. Selv om informantene hadde fått skriftlig informasjon, fortalte jeg også om meg selv og mitt prosjekt før intervjuet startet. Ingen av informantene ga uttrykk for ubehag i forbindelse med bruk av båndopptaker.

De fire intervjusamtalene var forskjellige. Noen av informantene fortalte fritt og detaljert om sine opplevelser. I andre tilfeller løsnet det etter en stund. For to stykker var det nødvendig med spørsmål gjennom hele intervjuet for å få de til å fortelle. Et par informanter ga uttrykk for usikkerhet i forhold til hvilke historier jeg ønsket. Dette ble uttrykt som spørsmål om "hva jeg var ute etter". Jeg svarte da med å bekrefte at de fortellingene jeg fikk som svar på mine spørsmål, var det jeg var "ute etter". Spørsmålene ble også brukt til å avgrense tema, når det var nødvendig. Dette ble for eksempel gjort ved at jeg sa: "Nå vil jeg gjerne gå tilbake til spørsmålet om...". De åpne spørsmålene i min intervjuguide hadde til hensikt å frembringe hver enkelt personlige opplevelser og erfaringer. Det virket som om det ikke var så enkelt for informantene å vite hva de skulle våge å fortelle meg, men det gikk bedre når de hadde fått snakket seg varm, og registrerte min respons i form av anerkjennende nikk og oppfølgingsspørsmål. Jeg erfarte også at informantene ikke alltid kunne svare på det jeg spurte om akkurat der og da. Om det tenker jeg at mine spørsmål, som ble stilt ut i fra min forforståelse, ikke alltid ga gjenklang hos dem. Men jeg erfarte flere ganger at temaene jeg hadde prøvd å få tak i, dukket opp senere i intervjuet i form av spontane fortellinger, eller i forbindelse med andre spørsmål, eller spørsmål fra meg som: "Kan du si mer om det?" Kvale

skriver at det fenomenologiske idealet er å lytte på en fordomsfri måte, og å la informantene fritt beskrive sine egne erfaringer og opplevelser uten å forstyrre med intervju spørsmål og de forutantakelser disse måtte ha (Kvale 2004).

Intervjuguiden med sine åpne spørsmål, var til en viss grad styrende i forhold til innholdet i intervjuene, og jeg var til en viss grad styrende i forhold til intervjuguiden. Med det mener jeg at jeg ikke fulgte intervjuguiden slavisk, men stilte spørsmålene i guiden ut fra når jeg fant det best under intervjuene. Jeg synes fortellingene jeg fikk var rike, og de inneholdt også viktige ting som min intervjuguide ikke konkret oppfordret til. Jeg tenker at fortellingene kom fram gjennom det rom som intervjusituasjonen ga for det. Selv om intervjuene hadde en halvstrukturert form, hadde jeg nytte av de lytteferdigheter jeg har tilegnet meg gjennom utdanning og arbeidserfaring med den terapeutiske samtalen.

Jeg hadde tanker om å transkribere intervjuene fortløpende etter hvert som de var gjennomført. Men da jeg først fikk informanter, kom intervjuene så raskt etter hverandre at det ikke ble tid til det. Men etter at intervjuene var gjort, jobbet jeg med ett og ett om gangen. Først lyttet jeg gjennom et intervju et par ganger. Mens jeg hørte gjennom intervjuene, syntes jeg at stemning, ansiktsuttrykk og kroppsspråk hos informantene kom opp i mitt minne igjen. I ettertid synes jeg følelser og stemninger skinner igjennom i empirien. Mitt inntrykk er at jeg delvis har klart å formidle de stemninger som informantene uttrykte, men det kan være at det bare er jeg selv som opplever at empirien formidler stemninger fordi disse sitter igjen i mitt minne. Etter å ha hørt gjennom intervjuene, skrev jeg dem ut ordrett. Jeg skrev ned alt av tenkeord som "m. m. m.", "eh", "det...det...det", "e. e. e", sukk, korte og lange pauser, og begynnelse på setninger som ble brutt og påbegynt på nytt, for å klargjøre det informantene uttrykte. Kvale (2004) skriver at strengt ordrette transkripsjoner er nødvendige for at en god analyse skal kunne utføres. Det er relevant å inkludere blant annet pauser og gjentakelser for å få med noe av informantens stemninger under intervjuene. Å transkribere intervjuene var et nitidig arbeid, og det tok lang tid. Men jeg ønsket å gjøre transkriberingen selv. På den måten fikk jeg jobbet meg inn i stoffet. Den transkriberte teksten var likevel annerledes når informantens stemme ikke kunne høres direkte slik som på lydbåndene. Kvale (2004) skriver at transkripsjoner ikke er kopier eller gjengivelser av en egentlig realitet. De er abstraksjoner, slik som topografiske kart er abstraksjoner av det opprinnelige landskapet de er hentet fra. Kart er ikke objektive, men vektlegger noen aspekter, alt etter hva hensikten med kartet er. Ut i fra dette kan en si at det ikke finnes noen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig

form. Et mer konstruktivt spørsmål i følge Kvale (2004:105) er: ”Hva er nyttig transkripsjon for min forskning?” .

## **4.8 Troverdighet**

Lydkvaliteten på opptakene var god, så jeg mener at jeg hørte tydelig det som ble sagt. I begynnelsen av det første intervjuet snakket jeg noen ganger samtidig med informanten. En gang misforsto jeg det informanten sa, men misforståelsen ble oppklart med det samme. Oppklaringen av misforståelsen var med på opptaket. Jeg mener at meningsinnholdet kommer tydelig fram i mine transkriberinger.

Samlet sett mener jeg at jeg fikk gode samtaler, og at informantene åpent delte sine erfaringer med meg. Ut i fra det tenker jeg at jeg har gjennomført intervjuene på en god måte. Kvale (2004) diskuterer hvorvidt ledende spørsmål er ønskelige eller ikke. Et syn på forskningsintervjuet er at intervjuet er en samtale hvor data oppstår i den mellommenneskelige relasjonen. Samtalen er da intervjuerens og intervjupersonens felles produkt. Det avgjørende spørsmålet er da i følge Kvale (2004) ikke hvorvidt intervjueren skal lede eller ikke, men hvor intervju spørsmålene skal lede. Spørsmålet er om de vil lede i viktige retninger som vil gi ny, troverdig og interessant kunnskap. Som nevnt tenker jeg at samtalene også ble preget av min måte å være til stede på, og at temaene til en viss grad kom fram på grunn av mitt fokus under intervjuene. Når det gjelder påliteligheten av mitt forskningsarbeid, er den måten data er samlet inn på viktig, og jeg mener jeg gjorde dette på en etterrettelig måte. Mine funn kan ikke generaliseres, men om flere kan følge meg i det analysearbeidet som kommer senere i oppgaven og kan slutte seg til mine funn på bakgrunn av analysen, øker det studiens gyldighet.

### **4.8.1 Analyse og tolkning**

Analyse og tolkning var en omstendelig prosess. Til å begynne med syntes jeg alt var like viktig. Jeg gjorde det slik at jeg tok for meg intervjuguiden og prøvde å sortere utsagnene under de av spørsmålene hvor jeg syntes de hørte hjemme. Altså klippet jeg utsagnene ut av sammenheng og rekkefølge, og satte dem inn i en ny. Men på et tidspunkt mistet jeg oversikten. Jeg så også at mange av utsagnene kunne passe flere steder. Og de tre spørsmålene i guiden ble for uspesifikke til å kunne romme alt som ble sagt i intervjuene. Dessuten kom ikke utsagnene i kronologisk orden i forhold til spørsmålene. Neste forsøk gjorde jeg slik: Jeg

tok flere papirkopier av hvert intervju og klippet utsagnene ut. Så begynte jeg å sortere dem i grupper etter hva de omhandlet, hver informant for seg. Deretter samlet jeg alle informantenes utsagn i grupper under de tema som jeg mente å se. Disse gruppene tapet jeg opp på et stort papir jeg satte opp på veggen. Dermed ble det oversiktlig. Jeg kunne se alle utsagnene samtidig, og jeg kunne flytte rundt på utsagnene hvis jeg syntes de passet bedre under et annet tema, eller jeg kunne se et utsagn under flere tema samtidig. En kan si at jeg i analysen har beveget meg mellom delene og helheten i teksten slik en gjør i en hermeneutisk analyse og tolkning.

Deretter skrev jeg ned uttalelsene i sin helhet under den overskriften de passet, og nummererte dem. Den kondenserte versjonen, skrevet med mine egne ord, ble så nummerert med det samme nummer som uttalelsen. Til dette arbeidet tok jeg utgangspunkt i en artikkel av Graneheim og Lundman (2003:108). Den illustrerer hvordan en kan sette opp meningsenheter og kode dem med stikkord som "Meaning unit", "Condensed meaning unit" ("interpretation" og "the underlying meaning"), sub- theme" og theme". Jeg så da for eksempel at alle sa noe om en ensomhet som handlet om å oppleve noe de var alene om, mer enn den ensomhet som handler om å mangle noen å være sammen med. De temaene jeg syntes skilte seg tydelig ut, var: "Det ordløse" og "Det ensomme" og "Identitet". Under disse temaene fant jeg flere undertemaer. Disse oppsto både som direkte uttalelser og ut i fra min tolkning av hva jeg mente at uttalelsene sa noe om (latent mening). For eksempel tolket jeg ved noen tilfeller ensomhet inn i det informantene fortalte om at de hadde strevd alene med opplevelser som de ikke forsto, ikke kunne uttrykke og ikke turte å si noe til noen om. Undertemaer under hovedtemaet "Ensomhet" var for eksempel knyttet til forhold til familie, parforhold, venner, jobb, syn på sykdom, informantenes opplevelse av seg selv i forbindelse med det å ha erfart en psykose, samt møte med primærhelsetjenesten og behandlere. Noe måtte også kuttes ut. Alt kunne ikke være med. Det var en prosess som fortsatte gjennom hele den tiden jeg arbeidet med empirien. Gjennom dette arbeidet så jeg at særlig de to temaene "å mangle ord" og "ensomhet" hadde sammenheng med hverandre, og jeg har derfor valgt å knytte disse to sammen. Mange av utsagnene kunne lede til begge temaene. De gikk "hånd i hånd", men var likevel noe forskjellige. Det ble derfor vanskelig å håndtere dem som helt atskilte tema. Samtidig ble disse to temaene essensen i det som til slutt ble ett av hovedkapitlene. Også andre tema hadde tråder til flere tema. Å få struktur på dette var noe jeg måtte arbeide med i flere runder. Det analysearbeidet jeg har gjennomført vil jeg omtale som innholdsanalyse (jf. Graneheim og Lundman 2004).

Troverdigheten i forhold til kvalitative studier er knyttet til fokuset for forskningen, den tillit en har til data og om analysen gjenspeiler studiens fokus. Fokuset i forskningen er knyttet til konteksten, deltakerne og den måten en velger å samle data på, og ikke minst til om funnene virker troverdige ut fra de innsamlede data. Et sentralt begrep i forhold til troverdighet er pålitelighet, som blant annet er knyttet til at en vurderer faktorer som kan påvirke studien underveis (Graneheim og Lundman 2004). Jeg mener jeg i dette kapittelet har redegjort for de forhold som påvirket min studie. Jeg har forsøkt å klargjøre kontekst og utvelgelse av deltakere, fremgangsmåte og analyseprosess, så det er leseren som må vurdere troverdigheten og avgjøre om min studie kan være overførbart til andre tilsvarende settinger eller grupper.

#### **4.9 Konfidensialitet**

Bare jeg og min veileder har hatt tilgang til intervjuetekstene. Lydbåndene har hele tiden vært oppbevart i et låsbart skap. De er bare merket med et tall. Båndene vil bli sletta når oppgaven er ferdig. Samtykkeerklæringen ble oppbevart i et annet låsbart skap, og kan ikke kobles til intervjuene. Tekstene ligger bare på min private PC. Alt er oppbevart på mitt "kontor" i huset mitt. Dette er avlåst når jeg ikke er der.

Til å begynne med prøvde jeg å skrive uten å "navngi" informantene. Men jeg syntes fort at teksten ble uoversiktlig og vanskelig å håndtere. Jeg har derfor brukt fiktive navn på informantene. Jeg mener likevel at informantene er anonymisert. I noen deler av empirien er de ulike informantene sitert mer enn andre. Dette veksler etter tema, og avhenger av hvor mye den enkelte fortalte i forhold til mine hovedtema.

#### **4.10 Litteratur**

Både i forhold til faglitteratur som omtales i hovedkapittel 2.0 og i forhold til teoretiske perspektiv som omtales i kap 3.0, ble det gjort litteratursøk i ulike fagbaser. Det samme gjelder for søk av litteratur som er benyttet for å kunne abstrahere i forhold til mine funn. De fagbasene jeg har benyttet, har i hovedsak vært Cinahl, Ovid Medline og PsykInfo. De søkeordene jeg har benyttet mest har vært: 'Psychosis', 'psychiatric patient', 'early intervention', 'psychiatric/ mental nursing', 'health service' og 'first episode', og kombinasjoner av disse i forhold til hovedkapitlene 2.0 og 3.0. Når det gjelder refleksjoner og drøftinger av mine funn, gjorde jeg spesielt litteratursøk i forhold til 'lonely/ loneliness', 'lack

of words', identity, psychosis, 'Psychiatric patient' og 'psychiathric/ mental nursing', samt kombinasjon av disse ordene. I litteraturbasen Bibsys har jeg søkt på forfattere og litteratur jeg har kjent til fra tidligere eller fått tips om gjennom andre fagpersoner, veileder, referanselister i bøker, artikler og andres master- og hovedoppgaver, samt doktorgradsarbeid.

#### **4.11 Metodekritikk**

Som tidligere nevnt, hadde jeg tre spørsmål i min intervjuguide (vedlegg nr 1). Jeg håpet at måten de var formulert på, ville gi informantene rom til å fortelle om erfaringer den enkelte hadde hatt, uten at de ble for styrende. I utgangspunktet hadde jeg planlagt å spørre om hvordan informantene hadde opplevd sin situasjon da helsepersonell begynte å ta kontakt. Spørsmålet var formulert slik ut i fra min problemstilling. Problemstillingen gikk ut i fra at informantene i utgangspunktet ikke hadde ønsket hjelp. Det andre spørsmålet var basert på det første. Her ville jeg prøve å få tak i om personen hadde tanker om hva som gjorde at han/hun ikke ønsket kontakt med behandlere. Med det tredje spørsmålet ønsket jeg å få tak i hva som gjorde at vedkommende hadde endret innstilling. Altså hadde jeg forutsatt en del sentrale områder for intervjuene på forhånd ut i fra den erfaring jeg selv hadde fra et behandlerståsted. Men i intervjusituasjonen ble mine spørsmål fort mer åpne. Det ble vanskelig å være låst til spørsmålsstillingene slik de var formulert. Derfor formulerte jeg et hovedspørsmål hvor jeg ba dem fortelle om sine opplevelser og erfaringer fra den tiden de kom i kontakt med helsepersonell, som også er en fenomeologisk måte å tilnærme seg det feltet jeg ville studere. Det vil si at jeg i praksis hadde bare ett hovedspørsmål. Ut i fra det stilte jeg oppfølgingsspørsmål til det de fortalte, og da var jeg bevisst på at også spørsmålene i intervjuguiden ble fremmet. Jeg spurte blant annet om det var de selv eller andre som hadde tatt kontakt med hjelpeapparatet. Da fikk jeg historier om hva de selv hadde opplevd som problematisk, hvem de hadde vært i kontakt med, om de bevisst hadde motsatt seg kontakt med hjelpeapparatet og om det var andre eller de selv som hadde tatt initiativ til å skaffe hjelp. Historiene handlet egentlig ikke så mye om "å ikke ville ha hjelp". Hver hadde sin historie å fortelle om tiden før kontakten med helsepersonell, og hvordan møte og etablering av kontakt med helsepersonell ble opplevd. Historiene jeg fikk, handlet om de vanskelige situasjonene og hendelsene i deres liv, hvor det å komme i kontakt med hjelpeapparatet var en del av det. Jeg hadde intervjuguiden i bakhodet, selv om jeg ikke fulgte den slavisk. Den ble mer en grov ramme for intervjuet. Essensen i de opprinnelige spørsmålene er derfor bevart, men måten jeg stilte spørsmålene på, ble noe endret.

## 4.12 Etiske vurderinger

Prosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Nord-Norge (REK)<sup>14</sup> (vedlegg nr.5) og samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (se vedlegg nr.7). Fra NSD fikk jeg godkjenning umiddelbart. Prosedyren i forhold til REK tok som nevnt svært lang tid. Søknaden til REK måtte justeres på grunn av at jeg måtte gjøre endringer i forhold til å rekruttere informanter. Endringene måtte meldes på eget skjema. Jeg hadde også basert meg på at behandleren kunne innhente samtykkeerklæring fra pasienten. Dette måtte også endres til at eventuelle informanter skulle sende samtykkeerklæring direkte til meg.

Etter dette ble jeg også bedt om å presisere når lydbånd og tekster ville slettes. Det var tilstrekkelig å gjøre dette i et brev til REK. Tidspunktet for sletting ble satt til utgangen av 2008. I informasjonsskrivet til informantene og i samtalene før intervjuet startet, presiserte jeg at det var frivillig å delta, og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet. Lydbånd, skriftlig materiale og navn ville da bli slettet. Jeg presiserte også at det ikke ville gå ut over deres behandlingsforhold hvis de valgte å ikke delta, eller å trekke seg fra studien underveis. Informasjon om taushetsplikt, om REK og NSD ble gitt i informasjonsskrivet og muntlig i forkant av intervjuene.

Andre etiske vurderinger som jeg gjorde var, som tidligere nevnt, at jeg i intervjusamtalene var spesielt oppmerksom på likheten mellom forskningsintervjuet og den terapeutiske samtalen. Jeg har vært opptatt av å ikke stille spørsmål som kunne tenkes å krenke vedkommendes integritet (jf. Kvale 2004 og Fog 2002). Det at informantene kunne kontakte meg etter intervjuene om de hadde behov for dette, eller at jeg kunne videreformidle kontakt med deres behandlere, hører også med til de etiske vurderingene jeg gjorde.

---

<sup>14</sup> Komitéen har nå endret navn til: Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge.

## **5.0 DET ORDLØSE OG DET ENSOMME**

I dette hovedkapittelet vil jeg først fokusere på ”det ordløse og det ensomme” i forhold til tida før mine informanter fikk kontakt med hjelpeapparatet, og den første tida da etableringen av kontakt med hjelpeapparatet fant sted. Jeg vil også fokusere på at mine informanter var opptatt av å ikke fortelle til noen hvordan de opplevde sin livssituasjon i denne perioden. Til dette vil jeg knytte relevant teori om språkets betydning for samhandling og det å oppleve en felles verden med andre. Videre vil jeg omtale forholdet til familie og andre nære relasjoner, og hvordan et familiemedlems psykose kan påvirke dynamikken i nære relasjoner. Så vil jeg fokusere på ensomhet, både slik noen av informantene beskrev det (åpenbart innhold), og slik jeg har tolket ensomhet inn i teksten (latent innhold). Siste del av kapittelet omhandler tillit og mistillit i relasjonene, og her blir møtet med helsevesenet omtalt. Relevant teori om psykose, samhandling i familien, ensomhet, tillit og mistillit vil bli knyttet til dette. Men først gis en presentasjon av informantene.

### **5.1 Presentasjon av informantene**

Per er rundt 40 år. Han opplevde sin første psykotiske episode da han var i begynnelsen av tjueårene, og har etter dette hatt flere innleggelses. Under intervjuet var han innlagt, men skulle utskrives med det første. Han var i jobb, og skulle tilbake etter endt sykemelding. Han betegnet selv det han har opplevd som psykose. I forbindelse med den siste innleggelsen fortalte han at han hadde opplevd å bli gradvis dårligere det siste året, med tankemylder, nedsatt evne til konsentrasjon og økende tendens til isolasjon. Denne gangen tok han selv kontakt med hjelpeapparatet fordi han innså at han trengte hjelp.

Jon er i midten av trettiårene. Han er innlagt for andre gang i løpet av de siste par årene. Begge gangene ble han innlagt på tvangsparagraf i lukket avdeling. Før første innleggelse hadde han ikke tanker om at han trengte hjelp fra det psykiatriske hjelpeapparatet. Han opplevde at problemene var utenfor ham selv, som fiender og trusler i omgivelsene. Den første innleggelsen varte bare noen få dager. Ved andre innleggelse, som kom like etter den første, forsto han selv at han kom til å bli innlagt. Han hadde opplevd møtet med avdelingen som positivt, og hadde ikke noe i mot innleggelse den andre gangen.

Siri er i første halvdel av trettiårene. Hun har hatt en psykotisk episode som varte ca et halvt år, og omtaler det selv som psykose. Det er noen få år siden dette skjedde, og hun var



sykemeldt et halvt år i forbindelse med psykoseutbruddet. Frivillig innleggelse ble diskutert underveis, men hun valgte å ikke legge seg inn. Hun fortalte om følelsesmessige problemer, og om problemer i forhold til nære relasjoner som, slik hun forstår det i ettertid, kan ha hatt betydning for at hun senere opplevde en psykose. I ettertid kan hun se at hun har hatt en kortvarig episode hvor hun hadde innslag av å høre stemmer da hun var i midten av 20 – årene.

Mari er i begynnelsen av tjuårene. Hun hadde hørt stemmer/lyder over flere år før hun ble innlagt i psykiatrisk sykehus. Hun hadde hele tiden selv forstått at det dreide seg om psykiske problemer, men ikke søkt hjelp. En forverring av situasjonen i forbindelse med en utdanningssituasjon i utlandet førte til innleggelse i psykiatrisk sykehus. Etter den første innleggelsen fulgte en rekke kortvarige innleggelser og utskrivelser over et halvt års tid før hun fikk et behandlingstilbud av lenger varighet.

## **5.2 Tiden før kontakten med hjelpeapparatet. Om å streve alene med noe en ikke har ord for**

I intervjuguiden hadde jeg et spørsmål om hvordan informantene opplevde sin situasjon i tiden før helsepersonell begynte å ta kontakt. Det viste seg at det ikke var så enkelt gi noe entydig svar på et slikt spørsmål. For når startet ”tiden før”? Flere av informantene kunne i ettertid se at problemer, opplevelser, følelser og tanker de har hatt tidligere, eller over tid, kan ha vært en del av veien fram til psykose. Det ensomme i den tiden hvor en strever med noe som en ikke helt forstår, eller har oversikt over, og da prøver å løse problemene alene, er noe som er konkret uttalt av noen. Intervjuanalysen viser at informantene ga uttrykk for at det var vanskelig å formidle med ord det de hadde opplevd. Dette var vanskelig både før utbruddet av psykosen og under psykoseopplevelsen. Også under intervjuene kunne det være vanskelig å finne ord for det de hadde opplevd. Det kunne være flere grunner til det. En av grunnene var opplevelsen av å mangle ord for det som skjedde. Siri sa det slik: ”*Æ hadde ingen ord for det*”.

Noen av informantene fortalte om nedstemthet og konsentrasjonsvansker, ubehag i sosiale situasjoner som var uforståelig for dem selv, eller fysiske plager som hodepine en tid før psykosen inntraff. Mari hadde hørt stemmer/lyder over flere år. Siri hadde for flere år siden hatt en kort episode med innslag av å høre stemmer og følt seg tåkete og svimmel. I perioder

hadde hun opplevd å ha vanskelige tanker og vonde følelser, og tenkt at hun kanskje burde snakke med psykolog. Jon hadde opplevd omgivelsene som fiendtlige og farlige, men uten selv å tenke at det hadde noe med egne, psykiske problemer å gjøre. Opplevelsen av isolasjon og ensomhet var sterk for noen av informantene. De reflekterte over om fortellinger om en bestemt livssituasjon kanskje i ettertid kunne ses i sammenheng med psykoseerfaringen. Mitt spørsmål i forhold til dette blir om det ville vært mulig å oppdage en risikofaktor i livssituasjonen hvis psykosegjennombruddet ikke hadde funnet sted. Cullberg (2001) skriver at fasen før psykoseutbruddet, prodromalfasen, kan bare identifiseres sikkert dersom den følges av et psykosegjennombrudd. Informanten Per kunne for eksempel ikke peke på spesielle problemer i tiden før psykoseutbruddet. Han fortalte om en tilværelse som kanskje var litt ensom, men som mange kunne kjent seg igjen i. På grunn av foreldrenes skilsmisse hadde han flyttet en del, og det var grunnen til at han ikke hadde fått etablert seg så godt med venner. Han fortalte at han hadde behov for å ha andre rundt seg, og de få vennene han hadde, brukte han mye. Slik reflekterte han over det: *”Æ...trur nok at æ va kanskje en innpåsliten venn å ha”*. Han bemerket at han kanskje hadde vært lite selvstendig.

Når det gjelder Per, kan en få fornemmelsen av en gutt som hadde stort behov for tilhørighet, men som ikke fant denne tilhørigheten. Venner kan gi tilhørighet, men det å finne tilhørighet blant venner i tidlig voksenalder, innebærer at en også har utviklet selvstendighet. Venner er noen en identifiserer seg med og tilbringer tid med. Gode venner er en glede og en støtte når en trenger det, og venneforhold er forhold hvor en kan ”komme og gå” i den forstand at en kan være fysisk borte i perioder uten at det trenger å påvirke vennskapsforholdet. Viten om at en har vennerelasjonen ser jeg på som viktigere enn at vennen er fysisk til stede hele tiden (Jf. Monsen 1996).

Det ensomme og det å ikke kunne formidle opplevelser med ord ble, som tidligere nevnt, først satt opp som to ulike tema i min analyse, men etter flere gjennomlesninger av tekstene har jeg kommet fram til at det er vanskelig å skille dem fra hverandre. De går ”hånd i hånd”; det ene har med det andre å gjøre.

Som nevnt viser empirien at flere av informantene har opplevd sin situasjon som vanskelig, eller hatt tegn på utvikling av psykose, før helsepersonell kom inn i bildet, og noen i lang tid

før<sup>15</sup>. Forskning både nasjonalt og internasjonalt viser at pasienter med psykose ofte kommer for sent til behandling. De kan ofte ha hatt manifeste symptomer på psykose i flere år (McGorry 1998, Larsen 2000, Harrigan 2003, Hem 2005). Men internasjonale studier viser også at tidlige, uspesifikke psykotiske symptomer hos unge av og til kan være vanskelige å skille fra for eksempel en del normale pubertetsuttrykk. Tilbaketrekking kan være et eksempel på slike pubertetsuttrykk (Larsen 2002, Warner 2005).

Cullberg (2001) skriver om prodromalfasen at livets forutsetninger begynner å føles fremmede og vanskelige å forstå. Den selvfølgelige opplevelsen av å leve i en sammenheng svikter, og det oppstår tolkningsproblemer når det gjelder innholdet i dagligdage begivenheter. ”Hvorfor er man til? Hvorfor går jeg her?” og lignende. Videre skriver han at en tenkning som er primærprosess-orientert i den forstand at den er drømmeaktig og står nærmere (men beherskes ennå ikke av) ubevisste ønsker og trusler, begynner å gjøre seg gjeldende (Cullberg 2001). Noen linjer fra Sigbjørn Obsfelders (1866-1900) dikt ”Jeg ser...” kan kanskje også illustrere dette, selv om diktet antakelig ikke er skrevet i en slik sammenheng som jeg velger å bruke det i. Obsfelder (1972: 13) skriver:

”Jeg ser, jeg ser...  
Jeg er visst kommet på feil klode!  
Her er så underligt...”

I følge Cullberg (2001) hører tilbaketrekning som nevnt med til prodromalfasen. Det er den psykiatriske faglige forklaringen. Men sagt i et mer hverdagslig språk kan en kanskje uttrykke det slik at personen faller utenfor utveksling av de erfaringer, tanker og ord med andre mennesker, som hører hverdagen til. Skjervheim (2001) skriver at samhandling mellom mennesker i stor grad foregår ved hjelp av språket og i språket. Det er språket som gjør at vi har en samsvarende verden. Ved å trekke seg tilbake fra andre, kan en si at en mister muligheten til å la seg påvirke og korrigere gjennom samhandling med andre. En mister muligheten til å få en ny forståelse, nye perspektiver og en felles forståelse med andre gjennom språket, eller for å konstituere virkeligheten i samhandling med andre gjennom

---

<sup>15</sup> Kringelen (2001) skriver om den schizofrene psykosen at personen ofte har vært noe innadventd, følsom og ”nervøs” eller hatt en noe avvikende atferd som barn. I 18- 20 års alderen kan det ha utviklet seg visse prodromale eller nevroselignende symptomer. Gradvis eller akutt har så psykosen manifestert seg. Man kan også ha hatt inntrykk av at pasienten tidligere har vært helt ”frisk”, men ved nærmere undersøkelse kan man finne at vedkommende i en årrekke har hatt visse kontaktproblemer. Om akutte og forbigående psykoser, preget av uklarhet, vrangforestillinger eller hallusinasjoner, skriver han at de ofte er utløst av forskjellige påkjenninger, og har god prognose.

språket, slik Thornquist (2003) uttrykker det. Ved å trekke seg bort fra andre mennesker, taper en dermed en vedvarende bekreftelse på at en hører til i en felles virkelighet med andre. Sett i en større sammenheng kan tilbaketrekningen ved psykose føre til at personen ikke får etablert seg i samfunnet sammen med andre mennesker på en måte som i neste omgang ivaretar nettopp kontakt med andre. Dette kan skje ved at en ikke greier å etablere seg i arbeidslivet, og ved at en ikke lærer sosiale ferdigheter. En slik ond sirkel kan dermed også komme til å innebære ensomhet. Thornquist viser til filosofen Gadamer som har skrevet: *”å snakke hører ikke til ”jeg- sfæren, men til ”vi-sfæren”* (Thornquist 2003: 49). Når en isolerer seg og ikke greier å kommunisere med andre, kan det kanskje uttrykkes slik at en går ut av ”vi-sfæren” og over i en sfære hvor en beveger seg lenger og lenger inn i sine egne indre opplevelser, tolkninger og tanker. Ved å bruke Gadammers ord om ”vi-sfæren”, kan en kanskje si om en person som opplever psykose at ”vi-sfæren” flyttes fra kommunikasjon med andre til kommunikasjon med stemmene en hører inne i hodet (hvis en hører stemmer). ”Vi” i denne sammenhengen blir personen i forhold til stemmene, som personen responderer på.

Det å mangle ord for opplevelser er også noe allment. De fleste har sikkert opplevd situasjoner hvor en refleksjon har blitt utløst av en ny hendelse, eller av at en venn eller andre har brakt et tema på bane, og hvor en har svart: ”Det har jeg ikke tenkt på, men når du sier det så tenker jeg...” eller ”Når du spør, så tenker jeg...”. Deretter følger en refleksjon, og denne foregår gjerne i dialog med den andre. Ofte fortsetter en å tenke på det en har snakket om etter at samtalen er over, og en tar kanskje opp temaet på nytt i nye samtaler. Kanskje sier en da noe slikt som: ”Innerst inne visste jeg det, men jeg hadde ikke ord for det” eller: ”Innerst inne visste jeg det, men jeg skjøv det bort fordi jeg ikke klarte å forholde meg til det”. Noen ganger fører denne prosessen til ny og verdifull innsikt. Andersen (1992) skriver at det er når vi snakker at vi blir klar over hva vi tenker. Videre beskriver han hvordan en veksler mellom å være i dialog med andre når en snakker, og i en indre dialog når en lytter, og hvordan vekslingen mellom snakke og lytte og tilbake igjen kan sees som å fokusere på temaet fra to ulike perspektiv; Et fra den ytre og et fra den indre dialogen.

I følge Birkler (2003) er det slik at hvis vi skal kunne forstå en annen persons livsverden, må vi bruke språket. Vi snakker hele tiden med hverandre om den verden vi lever i, eller mer presist om den verden vi føler, sanser og forestiller oss. Språket fungerer fordi det er knyttet mening til ordene. Å snakke om språket som en livsform knyttes til filosofen Wittgenstein. I

følge Birkler (2003) fremhever Wittgenstein i sin senfilosofi at språk og handling er tett forbundet. Slik sammenflettes menneskets språk og livsverden.

Noen av informantene har fortalt om hvordan det opplevdes når de ikke lenger kunne snakke på en selvfølgelig og ubesværet måte med andre om den verden de følte, sanset og forestilte seg. Dette kom av at de selv erfarte at opplevelsene var blitt forandret fra slik de tidligere hadde opplevd det. Eksempler på dette kunne være tankekaos, det å høre stemmer/lyder, og den sterke angsten som ofte hører sammen med det, og det å selv forstå at noe var galt. Informanten Siri uttrykte det slik: *”...æ va så innelukka i det...i mæ sjøl...at æ ikkje delte det med noen”*. Hun fortalte videre at det fremdeles var vanskelig å dele sine erfaringer med noen hvis de ikke hadde opplevd noe slikt selv, eller hadde kunnskaper om psykose. Jeg oppfatter dette slik at Siri opplevde seg alene med sine erfaringer, eller med andre ord at det var erfaringer som falt utenfor tilgjengelige betydningsfellesskap. Ord kan vise seg å ikke være tilstrekkelige, og det var ikke tilstrekkelig å uttrykke opplevelsene med ord hvis mottageren ikke kunne se for seg ”den verden” informantene snakket ut i fra.

Magee (2005) skriver med henvisning til Wittgenstein at for å forstå det noen sier, må en vite hva de har i tankene. I følge flere forfattere er Wittgensteins mening at ordene i siste instans får sin betydning fra forskjellige livsformer, eller ”verdener”, og ordene får sin mening fra den måten de blir brukt på innen denne ”verdenen” (Wifstad 1997, Birkler 2003, Magee 2005). En kan for eksempel si at religiøs virksomhet har sin ”verden og sitt språk” (Magee 2005). Metaforisk kan en kanskje se psykoseopplevelsen som en ”livsform” eller ”verden”, sett i forhold til Wittgensteins senfilosofi. Men det er ingen andre som hører til i denne ”verdenen”, og som deler ”verdenens” språk. Og selv om for eksempel religiøsitet også i siste instans kan sies å være personlig, har en et fellesskap med andre blant annet i form av ritualer, samlingssteder og språk. Det har en ikke i forhold til psykosen. Sin egen psykoseopplevelse vil personen alltid være alene om. I følge Magee (2005: 207) har Wittgenstein et kjent uttrykk: *”Hvis en løve kunne snakke, ville vi ikke forstå den”*. Løvens måte å oppfatte verden på og kanskje spesielt å vurdere og tolke det den sanser, ville antakelig være ganske fremmed for menneskene, selv om vi kanskje kan sanse de samme tingene. Om en ikke på forhånd vet noe om hvordan en psykoseopplevelse kan være, vil det å høre noen snakke ut i fra en slik opplevelse, være vanskelig å forholde seg til. Men slik Siri senere i samtalen antydte, er det mulig å dele de psykotiske opplevelsene og erfaringene med noen som har erfart en slik tilstand selv, eller kan noe om det faglig sett.

Slik Thornquist skriver med henvisning til Wittgenstein, er hans poeng at ord og andre uttrykk som mennesker skaper, blir til og får sin mening i et betydningsfellesskap. Språket er å betrakte som konstituerende for virkeligheten. Det er med og former virkeligheten for oss (Thornquist 2003). Ved å bruke den tid som trengs til å snakke sammen i den hensikt å bli kjent med og å finne ord, kan en kanskje si at det etter hvert kan bli mulig å "konstituere virkeligheten" gjennom språket. Dette i stedet for å kategorisere, diagnostisere, "realitetsorientere" eller "behandle" personens psykotiske opplevelser. Seikkula (2000) skriver at en i åpne samtaler søker å finne nye og brukbare ord for de uforståelige opplevelsene. Cullberg (2001) skriver at hvis en i stedet for å ha det så travelt med å påtvinge pasienten sin oppfatning av normaliteten, kan skape en forhandlingssituasjon med respekt og interesse for den andres opplevelsesverden, kan en mange ganger få erfare hvordan et konstruktivt samarbeid kan komme i gang.

Jeg vil nevne to forfattere som har skrevet om det å ikke greie å gjøre seg forstått ut i fra det å oppleve diffuse forandringer i egen tenkning i forbindelse med egen psykose. Lauveng er psykolog og tidligere schizofren. Hun har skrevet to bøker om sine erfaringer. Blant annet har hun skrevet om hvor vanskelig det var å gjøre seg forstått, selv om hun på et tidspunkt forsto at hun trengte hjelp. Hun skriver at hun ikke vet helt når problemene begynte, eller hvordan det begynte. Men i ungdomstida begynte hun å oppleve at tryggheten på hvem hun selv var, smuldret opp, og at sansene ble forandret. Etter hvert begynte hun å oppleve tankene som tåkete, og at hun ikke greide å kommunisere med andre. På et bestemt tidspunkt forsto hun selv at hun hadde psykiske problemer. Hun kontaktet helsesøster på skolen, og derfra ble hun henvist til skolepsykologen. Men hun klarte ikke å forklare hva hun opplevde, og hun ble heller ikke forstått. Hun forsto at hun aldri ville klare å uttrykke hvordan det egentlig var. Derfor sa hun at alt var bra, og "surret seg videre alene" (Lauveng 2007). En annen forfatter, Elyn Saks (2007), i dag professor i juss og psykiatri, og en av USAs fremste forskere, har gitt ut en bok om sitt liv som schizofren. Saks beskriver blant annet en situasjon hvor hun som åtte-åring fikk en opplevelse av å gå i oppløsning, og opplevde i den forbindelse ekstrem angst. Men hun visste med seg selv at dette var noe hun ikke kunne dele med noen. Hun skriver at helt fra hun var barn, har hun visst intuitivt at hun ikke kunne fortelle noen om tankene sine. Hun klarte stort sett å kontrollere hva hun sa, men ikke hva hun tenkte.

### 5.2.1 ”Ikkje si det her til noen!”

Det er spesielt to av informantene, Mari og Siri, som gir historier om å ikke ønske å fortelle noen om sine opplevelser.

Som jeg har vist i presentasjonen av informantene, hadde Mari en svært vanskelig livssituasjon i tida før hun fikk kontakt med helsevesenet. Hennes situasjon var preget av problemer mellom henne og foreldrene. Hun bodde derfor på hybel mens hun gikk på skole, selv om foreldrene bodde på samme sted. På hybelen følte hun seg ensom. Det å flytte for seg selv og bli mer selvstendig, er en utfordring for alle unge. De fleste klarer det, men som oftest med voksne omsorgspersoner i bakhånd. For Mari må utfordringen ha blitt større enn hun kunne klare. Hun bodde alene da hun begynte å høre lyder/stemmer, og hun forsto selv at det hadde med psykiske problemer å gjøre. Men hun kontaktet ikke noen for å snakke om det eller søke hjelp. Hun uttrykte det slik: ”*Æ tenkte: Ikkje si det her til noen!*”

Siden Mari forsto at det dreide seg om egne psykiske problemer, kan en anta at hun hadde ordene, men turte ikke å si dem. Hun ønsket å skjule det hun opplevde. Da hun flere år senere ble innlagt for første gang, argumenterte hun for å komme til et sykehus på en annen kant av landet enn der hun geografisk hørte hjemme. Hun fortalte at hun ikke ønsket at foreldrene og familien skulle se henne med de problemene hun hadde. Det å bli sett med slike problemer av familien, var åpenbart noe hun ikke ønsket. Kanskje var hun redd for å bli stigmatisert av familien og at hun kanskje for all ettertid skulle bli betegnet som unormal. Ved få en rolle som ”sinnsyk” i familien, kan ens ord for alltid miste sin betydning, slik Lauveng (2007) uttrykker det i en annen sammenheng. Skjervheim (2001) skriver om faren for å objektivere den andre, eller oppfatte den andre som et faktum. Det gjelder spesielt når den andre sier noe som er svært urimelig. Hvis Mari hadde gitt uttrykk for psykotiske opplevelser, kunne hun blitt sett på som et psykiatrisk kasus som en ikke kunne ta alvorlig. Familien kan en ikke melde seg ut av, selv om en kutter ut kontakten. Det samme gjelder nærmiljøet der en er kjent. På et fremmed sted, derimot, kan en håpe på å bli glemt når en reiser derfra.

Siri var på ferie i utlandet med kjæresten da hun begynte å høre stemmer. Forholdet mellom dem var veldig vanskelig. Så lenge ferieturen varte, fortalte hun ikke til kjæresten at hun hørte stemmer. Det at forholdet var vanskelig, var en av grunnene til at hun ikke ønsket å fortelle noe. Det å høre stemmer opplevde hun som ekstremt skremmende, men hun greide likevel å

kontrollere hva hun sa. Da ferien var over, og hun var tilbake i hverdagen igjen, ble stemmene borte for en stund. Men noen uker senere kom de tilbake igjen mens hun var på hyttetur med en kamerat. Selv om situasjonen en stund hadde roet seg, forsto hun at noe var alvorlig galt, slik hun uttrykte det. Men hun ønsket ikke å fortelle verken venner eller nær familie hva hun hadde opplevd. Hun ville ikke fortelle dem hva som foregikk i hodet hennes, eller hva hun følte. Slik beskrev hun det:

*”...Det e ei sånn vanvittig sperre å gå over ...å skulle fortelle at det foregår ... i dæ altså ....(...)Æ gikk og bar på det sjøl, for æ syntes det va så farlig”.*

Dette utsagnet forstår jeg slik at Siri på dette tidspunktet til en viss grad hadde ord for det hun opplevde, men ønsket ikke å fortelle noe. På den annen side var hun også redd. Derfor våget hun ikke å dele, det vil si sette ord på det som føltes farlig. En kan undre seg over hvorfor informantene var så opptatt av at de ikke skulle formidle sine følelser, tanker og opplevelser til andre. De var tydelig opptatt av at dette skulle de bære for seg selv. En mulig forklaring på dette kan være at historisk sett har pasienter med psykiske lidelser vært stigmatisert i vårt samfunn (Fause 2007). Jeg synes Siri uttrykte noe av dette slik hun beskrev følelsen da hun senere kjørte til det psykiatriske sykehuset til sin første samtale med en terapeut.

*”... det va helt forferdelig å skulle fære til... (navnet på sykehuset) fordi at æ så jo for mæ de forferdeligste ting. Og egentlig så har æ bare tenkt på at æ i utgangspunktet kanskje ikkje følte at æ va noe fordomsfull overfor verken den plassen eller det som foregår der eller dem som e der...Men når det dreide sæ om mæ sjøl, syntes æ det va helt forferdelig å skulle fære dit, altså... ”.*

Når en får alvorlige problem i sitt eget liv, eller en kjenner det på egen kropp, blir en konfrontert med følelser, forestillinger og fordommer en tidligere kanskje har holdt på avstand. Siris reaksjon da hun kjørte til det psykiatriske sykehuset, avspeiler følelser og holdninger de fleste ville blitt konfrontert med i en lignende situasjon.

Det knytter seg mange forestillinger til psykiatriske sykehus og til personer som for kortere eller lengre tid må innlegges her. Lauveng (2007) skriver om hvordan hun tenkte da hun begynte å se ting som andre ikke så. Hun var 17 år, omtrent på samme alder som Mari var da hun begynte å høre stemmer. Lauveng visste at folk som så ting som ikke var der, var ”gærne”. Det visste Mari også. Hun konstaterte for seg selv at det dreide seg om psykiske problemer, og det ville hun ikke fortelle noen. Lauveng (2007) hadde sine ”kunnskaper” fra



amerikanske filmer som ”Gjøkeredet” (Forman 1975) og bøker som ”Jeg lovet deg aldri en rosenhage” (Green 1971). En av forestillingene om psykiske problemer, spesielt psykose, er at det er uhelbredelig. Schizofreni er et begrep som de fleste kjenner i dag. Ikke minst er det heftet mange forestillinger til dette begrepet. Historisk sett har begrepet vært forbundet med dårlig prognose og med degenerering. Også faglige holdninger har bidratt til et pessimistisk syn på schizofrenitilstander kan være. Cullberg skriver at schizofrenibegrepet innebærer en legering av to faktorer: Symptomdypet (bizarre psykotiske forestillinger) og den langsiktige personskaaden. Når man kobler disse faktorene sammen til en schizofrenisykdom, fristes man til altfor tidlig å gi opp troen på mulighetene til en helbredelse på sikt (Cullberg 2001). Det er vel kjent fra massemedia at en del personer med psykiske problemer kan begå kriminelle handlinger, av til dels alvorlig art. Det jeg ønsker å trekke frem er at syn på psykisk sykdom fremdeles kan være farget av historien, noe som kan ligge til grunn for informantenes ønske om å holde det de opplevde skjult. Samtidig viser forskning og litteratur at selv personer med schizofrenidiagnose kan bli friske, slik Cullberg (2001) holder en åpning for. Lauveng som jeg har omtalt her, er et eksempel på dette.

### **5.2.2 ”Vi e ikkje så flinke til å prate med hverandre ...”**

Siri fortalte ikke til foreldrene om sin situasjon. Men kameraten som var med henne på hyttetur hadde informert dem. Siri fortalte at hun prøvde å oppføre seg normalt i det lengste. Men etter at foreldrene fikk vite at hun hadde problemer og var sykemeldt, kom de til lunch hver dag. Det var bra at de kom og var der, men også vanskelig. Hun beskrev foreldrenes oppførsel i denne situasjonen slik at de spiste og pratet som om ingenting var skjedd. De spurte henne ikke om hva som egentlig var i veien. Slik beskrev hun det:

*”...dem lata som om verden va normal. Og det va den ikkje for mæ. For mæ va det helt vanvittig”.*

Ut i fra dette utsagnet forstår en at både foreldrene og Siri opplevde situasjonen som vanskelig. Både Siri og foreldrene prøvde å løse vanskelighetene med å fortsette å oppføre seg ”normalt”. Det lyktes dårlig. Siri fortalte i intervjuet at hun kunne se at foreldrene var veldig redde. Hun forsto ikke hvorfor de var så redde, og lurte veldig på det. Siri på sin side kan heller ikke ha lyktes noe særlig med å oppføre seg normalt siden situasjonen gjorde foreldrene så redde. Denne streben etter å opprettholde ”det normale” førte til at ingen av dem kunne snakke fritt om situasjonen slik de egentlig opplevde den.

Fra sin "plass i rommet" kunne Siri se at foreldrene var redde. En kan si at hun tok inn sine omgivelser gjennom å sanse, det vil her si gjennom sitt blikk (jf. Merleau-Ponty 1994). Som kropp er vi synlige for omgivelsene, og vi ser omgivelsene. Informantenes tilstand ble dermed synlig for omgivelsene. Ved synlige, fysiske funksjonshemninger speiles vi for eksempel direkte fra skinn i vinduer, speil etc, og mer indirekte gjennom andres blikk og reaksjoner. Gjennom det blir en ofte bevisst sin fremtreden, og gjennom handling inntar man en reflekterende og avstandsfortolkende selvbetraktning, som for eksempel når en beveger seg som foran et speil (Arntzen 2003). Psykiske problemer eller sykdommer er ikke synlig på samme måte. Men vi er likevel synlige som kropp i verden sammen med andre. Ansiktsuttrykk og geberder er synlige. Stemmen er hørbar og uttrykker noe. Menneskene i ens omgivelser kan sanse en stemning, ikke minst hvis de kjenner en godt. Gjennom atferd, kroppslig uro og det en sier, kan personens psykiske problemer eller sykdom bli tydelig for andre. I andres ansikt, blikk og atferd blir en speilet, en "leser" andres reaksjoner selv om de ikke sier noe, slik Siri "leste" foreldrene. Merleau-Ponty (1994) skriver at vi tar inn omverdenen med våre kropp, og om hvordan vi fanger inn verden ut i fra våre kroppers plassering i rommet. Med blikket kan en fange opp uttrykk også på avstand. Merleau-Ponty beskriver måten blikket fungerer på i forbindelse med det å se en gjenstand. En kan se gjenstanden fra ulike avstander og synsvinkler, alt etter egen kropp's plassering i rommet. Den levde kroppen er forutsetningen for at ting fremtrer i perspektiv (Bengtson 1999). Og noe vil alltid være skjult for oss. Merleau-Ponty uttrykker det slik at blikket er en særlig måte å få adgang til gjenstanden på. Blikket er like ubetvilelig som ens egen tanke, og like umiddelbart bekjent (Merleau-Ponty 1994).

Gjennom andres blikk og reaksjoner inntar man en reflekterende og avstandsfortolkende selvbetraktning, slik Arntzen (2003) har formulert det. Dette gjør en selv om det ikke dreier seg om fysiske funksjonshemninger. Slik mine informanter har beskrevet det, blir en også på en måte speilet gjennom sin egen erfaring med hva som regnes som normalt i samfunnet, og gjennom å registrere at egne opplevelser forandrer seg fra noe en selv tidligere har oppfattet som normalt, til noe en selv opplever som unormalt. Dette skjer fordi den verden vi lever i er både en kulturell verden, en historisk verden og en sosial verden (Fjelland og Gjengedal 1995, Bengtson 1999, Thornquist 2003).

Også Maris historie viste en situasjon som må ha vært vanskelig for familien, men som de i liten grad klarte å snakke om. Da hun ble utskrevet etter sin første innleggelse i psykiatrisk sykehus, reiste hun hjem til foreldrene og den to år yngre søsteren. Det ble snakket svært lite i familien om det som hadde skjedd. Mari og søsteren snakket heller ikke med hverandre om dette, og søsteren spurte ikke om noe. I intervjuet sa Mari at hun var usikker på hvor mye foreldrene hadde skjønt av hennes problemer. Men noe måtte de jo ha skjønt, sa hun, siden de visste at hun var blitt sendt hjem fra utlandet og innlagt i psykiatrisk avdeling. Hun fortalte at de hadde vel kanskje også spurt henne litt, men ikke fått så mange gode svar. *”Vi e ikkje så flinke til å prate med hverandre i familien min”*, sa hun.

Mari fortalte at foreldrene hadde prøvd å spørre henne litt om det som hadde skjedd. Men deres forsøk ble motarbeidet av Mari ved at hun ikke var særlig villig til å svare. I en artikkel om betydningen av familiararbeid i forbindelse med førstegangs psykose, skriver Addington et. al (2005) at familien spiller en stor rolle for personens mulighet til å komme seg etter første episode med psykose. Imidlertid vil disse familiene oppleve mange problemer og stor grad av nød og fortvilelse. Uten støtte fra og allianse med profesjonelle, vil det være vanskelig for dem å finne veien gjennom den labyrint av følelser og utfordringer som en førstegangs psykose hos et familiemedlem vil føre med seg. Ut i fra Maris historie er det ingenting som tyder på at de profesjonelle hadde invitert hennes familie til kontakt, eller bidratt med råd om hvordan de kunne forholde seg. Foreldrene fikk henne hjem uten å bli tilbydd noen form for hjelp til å håndtere situasjonen. Også Cullberg (2001) omtaler de problemene foreldre som opplever å få et barn med psykoseproblematikk, vil erfare. Han skriver at for foreldre dominerer ofte hjelpeløsheten i det første stadiet av sykdommen fordi de ikke kan påvirke det skremmende og destruktive som skjer, og plagen ved å ikke forstå hva som skjer.

Som faglitteratur og forskning påpeker, er det forståelig at en familie hvor et familiemedlem blir psykotisk, er preget av sjokk og avmakt, spesielt til å begynne med. Ut i fra dette er det forståelig at en ikke vet hva en skal si, og hvordan en skal snakke sammen. Hvis det er et barn eller en ungdom dette skjer med, er det selvfølgelig dramatisk for barnet eller den unge. Men en kan også lett tenke seg at den følelsesmessige påkjenningen må være ekstrem for foreldrene. Slik både faglitteratur (Kringelen 2001, Cullberg 2001) og forskning påpeker, debuterer psykose ofte i ung alder, ofte i andre halvdel av tenårene eller begynnelsen av tjuetårene (McGorry 1998, Larsen 2000, Larsen 2002, Harrigan 2003, Hem 2005, Warner 2005). Som det fremgår av presentasjonen av informantene, var de fleste av dem i slutten av

tenårene eller begynnelsen til midten av tjue-årene da de fikk de første tegn på psykose. De fleste var dermed i en livsfase hvor det fremdeles er vanlig til en viss grad å være avhengig av sin opprinnelsesfamilie, samtidig som det er en livsfase hvor den unge skal løsrive seg og bli gradvis mer selvstendig. Min empiri har vist at familien, spesielt informantenes forhold til foreldrene på en eller annen måte har vært viktig i den krisesituasjonen informantene var i. For enkelte av dem har familien vært en viktig støtte i en krisesituasjon. Spesielt en av informantene fortalte om dette. To av informantene fortalte at de ikke alltid har snakket så mye sammen i familien, eller at det har vært bestemte ting en har unnlatt å snakke om. I og for seg er det ikke noe bemerkelsesverdig ved dette når det gjelder familier hvor voksne barn har etablert seg utenfor hjemmet. Da vil som regel kontakten med foreldrehjemmet avta. Men mine informanter opplevde det som vanskelig når kontakten med foreldre eller søsken ble dårligere.

Det å ikke kunne snakke sammen i familien må ses i et videre perspektiv, ut fra forskning og faglitteratur på området. Haley (1988) fokuserer på interaksjonen i familien i forbindelse med at et familiemedlem blir psykotisk, spesielt når dette gjelder et av barna. Interaksjonen i familien er en del av organisasjonen i familien. Haley (1988) skriver at viktigere enn hvilken symptomkategori den unge tilhører, er hvilket stadium i livet familien befinner seg på. Mari, som eldste barn i familien, var i slutten av tenårene, og følgelig i en løsrivelsesfase. Dermed var også hennes familie i en ny fase (jf. Haley 1988). Videre skriver Haley at når et ungt menneske lykkes bra utenfor hjemmet, er det ikke bare et spørsmål om individuell fremgang. Den unge løsriver seg samtidig fra en familie, og det får konsekvenser for hele organisasjonen. Et ungt menneskes fremgang eller mislykkethet inngår ufravikelig som et ledd i hele familiens reorganisasjon. Nye hierarkiske arrangementer gjøres, og nye kommunikasjonsveier/ kanaler åpnes (Haley 1988). Wifstad (1997) har omtalt forskning på familieinteraksjon. Et perspektiv er at en velfungerende familie kjennetegnes av en gjensidig bekræftende måte å kommunisere på, en lederstil basert på størst mulig grad av likhet, en lite rigid rollefordeling og flere eksplisitte enn implisitte regler. Viktig i forståelsen av familieinteraksjonen er familiens maktstruktur, måten familien snakker sammen på, rollefordelingen og grader av positiv og negativ feedback i familiesystemet. Et perspektiv er at i en velfungerende familie er det klare grenser mellom generasjonene. De ulike familiemedlemmene vet hvem som "hører sammen" og hvilke forventninger det er rimelig å stille til hver enkelt. Et tilsvarende syn blir også omtalt av Seikkula (2000).

Som nevnt påpeker både forskning og faglitteratur at psykose ofte debuterer i ung alder. Slik Macrell & Lavender (2004) påpeker, har den unges forhold til venner betydning for å greie å frigjøre seg fra sin opprinnelige familie og bli selvstendig. Dette er også viktig for å utvikle egen identitet og lære sosial fungering. Både nære og mer perifere venneforhold er viktige i den forbindelse. Videre påpeker Mackrell & Lavender (2004) at det å klare de utfordringene som det innebærer å delta sosialt, kan vise seg å være vanskelig for mange unge. Schizofreni er ett av de helsemessige problemene som kan debutere i puberteten (Mackrell & Lavender (2004)). Slik presentasjonen av Mari viser, var et steg i hennes selvstendigjøring å flytte på hybel. Men det at hun ble så ensom i sin hybeltilværelse, kan tyde på at hun ikke greide å etablere forhold til venner. Slik Per fortalte, hadde han venner, om enn ikke mange. Men han hadde et stort behov for å føle seg trygg ved å ha noen rundt seg. Derfor ble han ”en innpåsliten venn å ha”. Mackrell & Lavender (2004) skriver at det er to problematiske situasjoner som kan være aktuelle: Den ene er at personen ikke greier å frigjøre seg fra sine foreldre, og disse forblir idealiserte i personens øyne. Det andre er at personen delvis greier å frigjøre seg fra foreldrene, men greier ikke å etablere seg i forhold til venner. Lidz (1977) skriver blant annet om den betydning samtaler, diskusjoner og argumentasjon med andre unge har for utviklingen av en mer moden, realistisk og mindre egosentrisk personlighet. Den unge trenger å snakke og diskutere med mennesker som har forskjellige idealer og orienteringer. Det å være medlem av forskjellige organisasjoner, og eventuelt etter en tid bryte opp fra disse, er også viktig i den sammenhengen.

Sett fra et foreldreperspektiv kan en si at det ikke alltid er like lett å vite hvordan ens barn har det når de er kommet i en alder hvor de holder på å løsrive seg. Det inngår jo i løsrivelsen at de regulerer hvor mye foreldrene skal få innsikt i. Noen ganger kan pubertetens mange uttrykk gjøre en mor eller far bekymret, nettopp fordi en ikke vet om det er ”bare” pubertet eller om det en ser er tegn på mer alvorlige problemer. Et eksempel på dette kan som tidligere nevnt være en ungdoms tendens til å trekke seg tilbake fra andre. De fleste foreldre til en ungdom som er i ferd med å etablere seg utenfor hjemmet, vil vanligvis vil ha et årvåkent øye med hvordan det går. Kanskje må en holde sin eventuelle bekymring litt ”i sjakk” for å gi den unge rom for å prøve seg ut selv. Samtidig vil en være parat til å tre støttende til, eller gripe inn, hvis en mener at situasjonen tilsier det. Det er en balansegang. På den ene siden kan det som sagt være vanskelig å tolke pubertetens uttrykk, på den annen side er det gjennom relasjonen til sitt barn en kan fornemme om det går bra eller ikke. Men det er gjennom å snakke sammen en får vite mer konkret hvordan det går. Ikke minst får en formidlet egen

omsorg og interesse for barnet. Å ta grep hvis det trengs, eventuelt tilpasset den situasjon at ens barn er kommet i myndig alder, er ikke nødvendigvis enkelt. I alle fall forutsetter det at en som forelder ser seg selv i rollen som den som skal besørge det. Haley (1988) skriver at når ingen tar ansvar eller ledelse i en organisasjon, som for eksempel familien, betyr det at den befinner seg i forvirring, uten noe hierarki som markerer autoritetsordningen. Informantenes fortellinger om ordene som ikke ble sagt, spørsmålene som ikke ble stilt, svarene som ikke ble gitt, og situasjonene det ikke ble tatt tak i, kan kanskje ses i lys av dette.

### 5.2.3 I ”Ensomheten” sin verden

Siri uttrykte sin erfaring med det ensomme på denne måten:

*”(...) og det e jo egentlig noe av det som æ synes har vært veldig vanskelig i ettertid, ... at det e en sånn ensom ting... som ikkje kan deles”.*

I utsagnet overfor tematiseres det ensomme i det å ikke kunne dele sine opplevelser med andre. En kan oppleve en slik ensomhet selv om en ikke er ensom sosialt. Tidligere i dette kapittelet har jeg vært inne på at det kan være vanskelig å snakke om psykoseopplevelsen og på den måten dele verden med andre gjennom språket.

Om ensomhet generelt skriver Halvorsen (2005) at å snakke om det er nesten tabubelagt i vårt samfunn. Det å være ensom forbindes med skam og nederlag, og mange vil derfor ønske å holde sin ensomhet skjult. En ønsker ikke å være en taper i egne og andres øyne. Derfor vil en kunne tillegge årsaken til egen ensomhet til ytre, situasjonelle omstendigheter (atribuere). Derimot vil personer som ikke føler ensomhet tendere til å tro at andres ensomhet henger sammen med negative personlighetsfaktorer, skriver Halvorsen. Videre skriver han om ensomhet at den ikke er synlig på en direkte måte, men kommer til uttrykk i samfunnet på mange forkledde måter. Det språket som brukes om ensomhetsfølelse, retter oppmerksomheten mot negative aspekter av fenomenet, som noe uønsket, og gjerne forstått som personlig tilkortkomning. Ensomhet er ofte usynlig og tabubelagt (Halvorsen 2005).

Ensomhet kan oppleves forskjellig, og ha forskjellige uttrykk. Mari fortalte om sin erfaring på denne måten:

*”Æ brukte å være hjemme der som æ bodde, æ bodde på hybel ... Og så va det sånn at ... æ... va veldig ensom. Og den ensomheten blei en person som flirte av mæ”.*

I intervjuet med Mari var ett samtaleområde at det ikke var lett å snakke om hvordan hun hadde det, eller i det hele tatt å snakke med andre. Hun fortalte at hun nå, gjennom samtaler med sin terapeut, lærte å sette ord på ting. Men til å begynne med hadde hun stort sett svart ”Æ vet ikkje” til alt, også i disse samtalene. Slik utsagnet overfor viser, bodde hun på hybel da hun noen år tidligere begynte å høre stemmer/lyder. I sin tilværelse som skoleungdom på hybel, følte hun seg ensom. Det å være alene, ikke snakke med noen, og å føle seg ensom, ble til noe som var plassert utenfor henne selv, utenfor kroppen. Det ble en person som hadde et navn: ”Ensomheten”, som bokstavelig talt sto utenfor døra, banket på og ville inn, og flirte av henne. Det å høre stemmer/lyder slik Mari gjorde, kan forstås som persepsjonsforstyrrelser, her hørselshallusinasjoner (jf Cullberg 2001, Kringelen 2001). Men i følge Cullberg (2001) og Seikkula (2001) kan innholdet i hallusinasjonene også si noe om det konfliktmaterialet som personen har å streve med. Ut i fra dette forstår jeg at ensomheten og hvordan den fikk henne til å oppleve seg selv, er et viktig tema for henne. Videre tenker jeg at hennes ensomhet ble avslørt, betraktet utenfra, (av ”Ensomheten”) og foraktet, i og men at hun hørte ”Ensomheten” flire av henne. Det at ”Ensomheten” flirte av henne, gir assosiasjoner til skam. En ønsker ikke at ens ”feil og skavanker”, eller egenskaper en skammer seg over, skal bli avslørt, og slett ikke ”flirt av” (jf Arntzen 2003).

Monsen (1996) skriver at skam får oss til å ville skjule oss for andre istedenfor å være tydelige og tre frem. Dette ønsket (bevisst eller ubevisst) om å skjule seg selv, gjør en både redd og mistenksom i forhold til andre. Halvorsen (2005) skriver at ensomhet kan henge sammen med skam og skyldfølelse knyttet til fortiden eller nåtiden, og at skamfølelse springer ut av manglende respons og frykt for å bli avvist. Videre skriver han at skamfølelsen utgjøres av en konflikt i eget sjeleliv. Den enkelte erkjenner sin underlegenhet. Skamfølelsen er slik sett en selvbetraktende følelse der man gjør seg selv til et objekt, og ser seg selv fra andres perspektiv. Det som vekker skam, er det som gjør at en synker i aktelse i andres øyne. Videre skriver Halvorsen at skammen kan forstås som en beskyttelse av selvet, mot invasjon fra våre omgivelser og representerer tilbaketrekking. Lauveng (2007) skriver om hvor vanskelig det er å innrømme at en er ensom og ønsker å bli sett, og å erkjenne sitt eget behov for å bli sett og tatt vare på. Hun forteller om hvor vanskelig det fremdeles er å fortelle om sitt eget oppmerksomhetsbehov den gangen hun var pasient. Videre skriver hun at det er langt enklere

å snakke om at vi må akseptere pasientenes behov for oppmerksomhet, ut i fra den behandlerrollen hun har nå. Hun skriver videre at dette sier henne noe om hvor stor skammen over slike behov er.

Mari fortalte at hun for det meste hadde positive erfaringer med å være i avdelingen hvor hun nå var innlagt. Men det hendte at hun ikke følte seg forstått. Det skjedde som oftest når hun var i ”Ensomheten sin verden”, sa hun. Da hendte det at noen av personalet kunne be henne slutte å tulle og å ta seg sammen. Men det var ikke så lett, og det var heller ikke så lett å kommunisere det til de profesjonelle når hun var i denne situasjonen. Slik forklarte hun det: *”(...) som oftest når æ e i ”Ensomheten” sin verden, (...) da e det sjelden at æ snakke”.*

Hun fortalte at hun opplevde det som å bli dratt inn i en verden der ”Ensomheten” bestemte alt. Og som oftest fikk hun da ikke lov til å prate. ”Ensomheten” ville at hun helst bare skulle være for seg selv. Men det var også noe trygt ved å være i ”Ensomheten sin verden”. Det kunne oppleves som mindre ensomt, for da hadde hun jo ”Ensomheten”, og han brydde seg jo om henne, fortalte hun. Hun fortalte at disse opplevelsene var tema i samtaler med de profesjonelle i avdelingen, og hun trodde stort sett at de forsto det når hun var ”der inne”. Hun fortalte også at det var mulig for dem å hjelpe henne, i hvert fall hvis de kom til før hun var kommet for langt ”inn”. Det kunne de gjøre ved å snakke med henne og få henne til å snakke, for eksempel ved å spørre hvordan hun hadde det.

Ut i fra det Mari fortalte, kan en tenke seg at valget for henne sto mellom å være alene og tilbaketrukket, avskåret fra å dele ”verden” med andre mennesker i gjensidig utveksling av tanker, og ”verden” gjennom språket (jf Skjervheim 2001). Periodevis foretrakk hun en tilværelse langt inne i ”Ensomheten sin verden”, mens andre ganger foretrakk hun en felles verden med andre mennesker. Men fremdeles trengte hun å bli invitert til kontakt for å velge det siste, og det var nødvendig at invitasjonen skjedde på en tydelig og kanskje insisterende måte. Lauveng (2007) skriver om sine egne symptomer at noen av dem var temaer som hun bar med seg, og som var viktige for henne over tid. Det var for eksempel temaer som krav, mestring, selvfølelse og verdi. Symptomene ble ikke borte før hun hadde fått ord som erstatning for bilder og handlinger, og dermed kunne fortsette å arbeide med seg selv på den måten. For Maris vedkommende kan en tenke seg at det ville bety å erstatte stemmer/lyder og tilbaketrekning med å finne ord for de vanskelige følelsene. Maris opplevelser har en parallell



til Lauvengs (2007) beskrivelse av "Kapteinen", en "person" som straffet henne med slag for å få henne til å yte mer.

Halvorsen (2005) omtaler forskjellige dimensjoner av ensomhet; som kosmisk, kulturell, sosial og interpersonell. Men en avgrensing er at han ikke går inn på det han kaller for patologisk ensomhet, slik som en kan se ved schizofreni eller autisme. Uttrykket "patologisk ensomhet" forbinder jeg med å "stemple" følelser og opplevelser negativt. Samtidig er det slik at den ensomhet som en kan se ved schizofreni eller autisme, også kan ha elementer i seg av de dimensjonene Halvorsen (2005) omtaler.

Personer som opplever psykose trekker seg ofte bort fra andre mennesker og isolerer seg (Monsen 1996, Kringelen 2001, Cullberg 2001). Begrepet autisme<sup>216</sup> brukes ofte i psykiatrisk terminologi om tilbaketrekning fra kontakt med andre (Monsen 1996).

### **5.3 En forandring som ledet til kontakt med helsevesenet**

En erfaring som alle informantene fortalte om, var at situasjonen forandret seg på en slik måte at det utløste en reaksjon hos andre. Dette førte i neste omgang til at andre tok initiativ til å skaffe hjelp fra helsevesenet. Hvordan situasjonen ble opplevd av den enkelte var ulik. Mari hadde hørt stemmer /lyder i mange år. Men det skjedde en forandring mens hun var i en utdanningssituasjon i utlandet. Dette førte til at hun kom i kontakt med hjelpeapparatet. Slik fortalte hun om det:

*"Først va det sånn at han flirte av mæ...Og så ... etter hvert så ...nei, æ ...æ slutta å sove...Og så ... etter hvert så begynte æ å høre at det banka på døra ... for eksempel ... Så gikk æ og åpna døra, og så sto han utafør<sup>17</sup>. (...) Han va høy, han va mye høyere enn æ hadde trudd. Og så va han tynn og svartkledd, og hadde sånne hule øya.... Og så hadde æ et sånt ...punkt ... der æ bare sa: "No klare æ ikkje mer. Og da begynte han å følge etter mæ".*

---

<sup>16</sup> Autismen omtales ofte i forbindelse med schizofrenidiagnosene. Autisismen kan nå betydelige grader. Ved lettere form for autisme har man inntrykk av at pasienten ønsker kontakt, men ikke klarer å nærme seg andre. Andre ganger har man inntrykk av at pasienten heller ikke ønsker kontakt, men går mer og mer opp i sin egen verden, og er umulig å komme i forbindelse med. Som samtalepartner kan en få en opplevelse av at pasienten tenker på noe annet enn det samtalen dreier seg om, og at svarene kommer mekanisk (Kringelen 2001). I følge Cullberg (2001) uttrykker autisme en innadvendthet og en manglende samklang mellom individet og omgivelsene. "Manglende intersubjektivitet" er et uttrykk som er brukt for å peke på vanskene med å sette seg inn i andre menneskers indre liv og subjektive verden, noe som er nødvendig i det sosiale livet.

<sup>17</sup> I følge Cullberg (2001) forteller noen psykotiske pasienter om hallusiansjonslignende synsopplevelser. Dette dreier seg for det meste om ganske vage forestillinger som får en visuell karakter, og som er forsterkninger av de vanlige inntrykkene, dvs. illusjoner. Disse kan få et mystisk og skremmende preg.

Hun sa i fra om sine opplevelser til en faglig veileder ved utdanningen hun gikk på. Det førte til at det ble ordnet med hjemsendelse og innleggelse i psykiatrisk akuttavdeling. Etter at Mari hadde sagt i fra, økte "Ensomheten" aktiviteten ved å begynne å følge etter henne. Lauveng (2007) skriver i forbindelse med "Kapteinen" som kontrollerte henne, at hun i ettertid forstår at det var hun selv som sto for kontrollen, og det var også hun selv som slo seg selv. En måte å forstå det at "Ensomheten" økte aktiviteten på, kan være at Mari ved å si ifra til andre, ga slipp på litt av kontrollen. Hun satte til en viss grad ord på at hun var i nød ved å si at hun ikke klarte mer. Mange har kanskje opplevd at følelser blir tydeligere for en selv når en formulerer det i ord. Hvis en også gir andre tilgang til sine følelser, innebærer det at en utsetter seg for en "risiko". En blir mer sårbar når en gir slipp på kontroll. Prisen for det kan være at en må kjenne på mer angst. Billedlig sett hadde Mari gjort noe som "Ensomheten" likte dårlig, så han prøvde å stramme inn kontrollen ved å følge etter henne, kanskje for å påse at hun ikke tok seg flere friheter.

De fleste mennesker har sikkert opplevd nattlige mareritt, med påfølgende lettelse når en oppdager at det bare var en drøm. For Mari var det ikke slik. Hun våknet ikke opp til lettelsen. Tvert i mot, hun opplevde at marerittet ble verre. I følge strand (1990) har Immanuel Kant (1724 – 1804) sammenlignet den psykotiske opplevelsen med drøm i våken tilstand.

Til forskjell fra Maris erfaring, fortalte Per at psykosen kom relativt plutselig. I ettertid kunne han ikke si at det var noe i hans livssituasjon på dette tidspunktet som skulle tilsi at han kunne få en slik reaksjon. Men han fortalte at den dagen han ble innlagt, var det som om alt kommuniserte til ham. Han gikk gjennom ... (navnet på stedet) og lot seg styre av alle de tegn han så. Slik fortalte han om det:

*"Æ tolka omgivelsan ... på en sånn måte at æ ... gikk opp i toppen av... (navnet på et offentlig bygg) og reiv sund passet og kasta det ned i søppelsjakta. (...). Hvis æ leste et skilt, så tolka æ det sånn at det skiltet prata direkte til mæ. På søppelsjakta sto det: "Bare papir, ikke papp". Derfor tok æ permen av passet og kasta bare papiret".*

I løpet av denne dagen hadde han selv tatt kontakt med mora. Det var hun som fikk ham til lege, og deretter ble han innlagt i psykiatrisk sykehus på tvangsparagraf<sup>318</sup>. I intervjuet fortalte han at han ikke hadde noen tanker eller følelser for eller imot å bli innlagt fordi han var så psykotisk i øyeblikket. Siden denne gangen har Per opplevd flere innleggelseser. I forbindelse med den siste innleggelsen tok han selv kontakt med hjelpeapparatet, med støtte av mora. Dette kunne han gjøre fordi denne siste opplevelsen ”bygde seg opp i edru tilstand”, slik han uttrykte det. Han forklarte det slik at det var noe rasjonelt som prøvde å si: ”Hold fast ved virkeligheten!”.

Slik Siri har fortalt, begynte hun å høre stemmer mens hun var på ferie med kjæresten. Etter ferien var stemmene borte en stund. Men de kom tilbake igjen noen uker senere. Hun var da på hyttetur sammen med en kamerat. På bilturen til hytta hadde hun ikke klart å prate fordi hun hadde så vonde følelser og vanskelige tanker. Om kvelden drakk hun alkohol, og neste morgen begynte hun å høre stemmer igjen. Hun ble veldig redd, og kjente en sterk fysisk uro. Men hun fortalte ikke til kameraten at hun hørte stemmer. Etter hvert tok kameraten avgjørelse om at de skulle kjøre til legevakta. Underveis måtte de stoppe flere ganger fordi hun følte seg så urolig, og måtte kaste opp. Siri beskrev i ettertid opplevelsen av å bli rammet av psykosen slik:

*”Utbruddet på den ... psykosen eller noen ting, va så mange følelsa som på en måte fløtta sæ fra magen opp i haue. Det føltes nesten sånn at det på en måte: ”Voff!” - der tok det overhånd! Og så e det plutselig i hele kroppen og i alt av tanka”.*

Jeg oppfatter dette som en god beskrivelse av noe en har kjent, men ikke hatt ord for. Det er følelser som har ”holdt til i magen”, noe som kjennes kroppslig og som må beskrives ved hjelp av kroppslige metaforer. Seikkula (2000) skriver at ordene forsvinner under psykiske kriser, og det er vanskelig å gi uttrykk for opplevelsene. Videre skriver han om det å mangle ord og dermed kunne gi uttrykk for opplevelser under psykisk krise, at det kan opptre som hallusinasjoner eller som sterke fysiske reaksjoner. Siri klarte ikke å si noe om hvordan hun hadde det. Slik uttrykte hun det: ”... og når du e redselslagen, så lamme det jo enda mer av kapasiteten du har til å uttrykke deg”.

---

<sup>18</sup> Psykiske helsevern skal som hovedregel skje ved **frivillighet**. I visse tilfeller kan **psykisk helsevernloven** gi hjemmel for bruk av **tvang** (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

Jon fortalte at han hadde begynt å oppleve seg som truet av farer eller fiender utenfra. Men på det tidspunktet tenkte han ikke at opplevelsen av å være truet hadde noe med egne psykiske problemer å gjøre. Han tok kontakt med politiet for å varsle om truslene han opplevde. Politiet oppfattet hans henvendelse på en slik måte at de kontaktet lege. Innleggelse på tvangsparagraf ble deretter iverksatt. Innleggelsen ble begrunnet med at han på det tidspunktet kunne være til fare for seg selv og andre. Jon fortalte om en isolert tilværelse. Men en kan kanskje si at det ikke lenger dreide seg om å ikke ha noen å snakke med eller være sammen med. Det dreide seg kanskje vel så mye om å ikke lenger beherske det å utveksle ord og ”verden” med andre. På den tiden Jon her fortalte om, foregikk dialogen i forhold til ”aktører” som ikke var synlige for andre mennesker. Men de var virkelige for Jon. En kan tenke seg at det å leve så isolert, gir grobunn for angst. Det å være omringet av usynlige fiender kan kanskje ses som et bilde på angsten. Fraværet av kontakt med andre mennesker hadde kanskje bidratt til opplevelsen av en verden som var utrygg, og som etter hvert besto av farer og fiender. En kan kanskje se det slik at til slutt ble det å melde fiendene til politiet en vei ut av denne innesperrede ”verdenen”. I ettertid uttrykte Jon det slik at det å bli innlagt i lukket avdeling var som ”å komme til himmelen”. Hans beskrivelse av opplevelsen var at han fikk stor frihet i lukket avdeling, og at han kom ut av isolasjonen. Metaforen ”å komme til himmelen” som han brukte for å beskrive opplevelsen med å bli innlagt, kan si noe om en lettelse som må stå i sterk kontrast til det han hadde opplevd tidligere. For alle informantenes vedkommende kan en si at psykosen nå hadde gått over i en ny fase<sup>19</sup>.

#### **5.4 Tillit og mistillit i relasjonene**

En del av det informantene fortalte om, har jeg valgt å knytte til begrepene tillit og mistillit. Som det vil fremgå av dette underkapittelet, er det mistillit som preger de fleste av relasjonene

---

<sup>19</sup> Prepsykosefasen følger etter prodromalfasen. Denne går ofte raskt over i åpen psykose (som vil si at psykosen helt har overtatt kontrollen). Prepsykosefasen kan også fortsette i flere uker. Den markerer en tydelig nærhet til en sykkelig opplevelsesverden, og innebærer at psykoseterskelen holder på å forseres. Omgivelsene kan nå oppleves som forandret og stadig mer truende. Opplevelse av at ens tanker har stemme og kan høres inne i hodet, og kanskje også av andre, skremmer en ytterligere til å lure på om en holder på å bli gal. Søvnbehovet kan avta. Enkelte tar ikke til seg mat. En total opptatthet av fantasiene veksler med perioder av kritisk fortvilelse og desperasjon, kanskje med selvmordsimpulser. Uttrykk for økt indre hastighet kan være merkbare, selv om de ikke behøver å anta manisk sykelige trekk. En kan ha urealistiske planer eller utføre kritikkuløse handlinger. På grunn av den høye indre ladningen kan en lett eksploderer i møte med andre. All energi er nå rettet mot å klare å overleve i samsvar med denne endrede opplevelsen (Cullberg 2001).

informantene har til andre. Mistilliten til andre underbygger opplevelsen av ensomhet, så derfor har jeg ikke skilt ut dette som eget funn.

Siris beskrivelse kan tjene som et eksempel på hvor vanskelig det kan være for en person som er psykotisk å vite om en kan ha tillit til andre eller ikke. Hun uttrykte det slik:

*”... men det va rart å oppleve at æ ikkje stolte på noen”. Videre sa hun:  
”For du fant ikkje trygghet i dæ sjøl, og du fant ikkje ro, og du fant ikkje trygghet i familie eller nære venna, eller noe. Og verden blir jo helt utrygg”.*

Dette er en god beskrivelse av den altomfattende utrygghet psykosen medfører (Monsen 1996). Siri nevnte relasjonen både seg til selv, nære venner, familie og verden for øvrig. Jeg tolker dette slik at det var relasjoner hun vanligvis fant trygghet i. Men nå var alt bare utrygghet. I følge faglitteratur om psykose, må tillit og mistillit til andre ses i lys av at personen er rammet av psykose. Det å være i en slik tilstand, innebærer ofte å være mistenksom, føle seg utrygg eller å ha vrangforestillinger. Dette kan vise seg i forhold til både nære og perifere relasjoner (Cullberg 2001, Kringelen 2001).

#### **5.4.1 Tillit og mistillit i forhold til familie og nærstående**

Noen av informantene ga historier om relasjoner som tidligere hadde representert trygghet, men som ikke gjorde det lenger i en situasjon hvor de var psykotiske. Når det gjelder nære relasjoner, vil tillit og mistillit derfor omtales sammen. Siri har beskrevet forholdet til sine foreldre som trygt og godt i utgangspunktet, og barndomshjemmet som et sted det var godt å komme til. Men hun har også fortalt om problemer de ikke kunne snakke om, noe som gjorde at hun i en periode opplevde forholdet til foreldrene som vanskelig. Mens hun var psykotisk, kunne samværet med dem være vanskelig fordi hun også hørte deres stemmer i hodet. Disse stemmene var ofte negative. Seikkula (2000) skriver at det kan synes som om en person som er psykotisk og for eksempel hører stemmer, tar fatt i noen av sine egne eller sine nærmestes opplevelser som de ennå ikke har snakket om. Det synes ofte å være slik at via hallusinasjoner snakker personen om vanskeligheter som virkelig har forekommet og som har vakt sterk frykt. Slik sett kan en tenke seg at det var forhold i familien som gjorde Siris tillit vaklende. Siden hun ikke klarte å skille mellom de stemmene som var reelle og det som var hallusinasjoner, må det ha vært vanskelig for henne å vite om hun kunne ha tillit til foreldrene eller ikke. Men hun opplevde det også som godt at foreldrene var til stede som støtte for

henne. Blant annet beskrev hun en situasjon hvor moren så hvor plaget hun var, og grep direkte inn i hennes stemmehøring ved å si: *"No ska du bare be dem å holde stilt!"*. Da følte det godt at noen forsto hvordan hun hadde det. Dette viste også det tillitsfulle i forholdet til moren.

En kamerat var en god støtte for henne da hun opplevde psykosegjennombruddet. Hun omtalte ham på denne måten: *"Han skjønnte at nokka va alvorlig galt. Han har jo kjent mæ hele livet"*. En kan kanskje også si det på en annen måte: Hun hadde kjent ham hele livet, og ut i fra det hadde hun en visshet om at hun kunne stole på ham, også når noe var alvorlig galt. Men heller ikke til ham fortalte hun hvordan hun egentlig hadde det, og at den krisen hun var i, innebar å høre stemmer. Hun sa bare at hun følte seg urolig.

Tillit betyr å utlevere seg, skriver Løgstrup (2000). Men i en tilstand hvor en er psykotisk eller psykosenær klarer en ofte ikke det. Likevel er personen som er rammet av psykose og dennes nærmeste henvist til hverandre med de vanskeligheter som det medfører. Løgstrup skriver at det at vi i utgangspunktet tror på hverandres ord, og i utgangspunktet har tillit til hverandre, er bemerkelsesverdig nok. Like fullt hører det med til menneskelivet. Det ville være livsfiendtlig å te seg annerledes, skriver han. Vi ville simpelthen ikke kunne leve, vårt liv ville visnet og bli forkrøplet hvis vi i utgangspunktet møtte hverandre med mistillit, tiltrodde den andre å stjele og lyve, forstille seg og føre oss bak lyset. En kan kanskje bruke Løgstrups ord til å kaste lys over den situasjonen en person som er rammet av psykose, i sin mistillit må oppleve.

Per hadde selv tatt kontakt med sin mor da han ble psykotisk. Mora må ha vært den personen det var mest nærliggende å søke til i en kaotisk situasjon. Hun hadde også bidratt til at han fikk kontakt med psykiatrisk helsepersonell og at han ble innlagt den siste gangen. Han formulerte det slik: *"Men også denne gangen har mor mi støtta mæ"*. Utsagnet er uttrykk for tillit. Mora oppfattes som en støtte, selv om hun gang på gang har bidratt til at han har kommet i kontakt med, og kanskje blitt innlagt i psykiatrisk institusjon, også når han selv ikke ønsket det. Per hadde tillit til at det mora foretar seg, er fornuftig. Hun kjenner ham og vet hva som er nødvendig, som for eksempel å råde ham til å søke hjelp eller foreta seg det som skal til, for at han skal få hjelp.

#### 5.4.2 Mistillit i møte med hjelpeapparatet

I møtet med helsevesenet syntes det å være mer nærliggende å skille mellom situasjoner og personer hvor det oppsto tillit, og situasjoner og personer hvor det oppsto mistillit. Tillit syntes å spille en rolle for å kunne formidle med ord hvordan de hadde det og hva de hadde behov for. Slik sett kommer det ordløse inn også her.

Da Siri kom til legevakta for å be om hjelp, erfarte hun at hun ikke klarte å si hva det dreide seg om. Hun fortalte det slik:

*”Æ sa vel lite om ka det egentlig va som va feil, men æ sa at æ følte mæ veldig urolig, og at æ ikkje trudde at æ kom til å få sove, og... om æ kunne få nokka beroliganes....Og det skreiv han jo ut til mæ da, ... også ...for æ hjem, men det va jo et vanvittig tankekaos, og... følelseskaos ... som æ ikkje klarte å roe sjøl”.*

Problemet var at hun hadde sterk angst, hørte stemmer i hodet og hadde fysiske reaksjoner som uro og oppkast. Hun greide ikke å formidle hva hun opplevde fordi følelses- og tankekaoset var overveldende. Neste dag ringte hun primærlegen, men opplevde at legesekretæren på en svært avvisende og uvennlig måte sa at legen var opptatt. Derfor klarte hun heller ikke denne gangen å fortelle hva som var problemet. Resultatet var at hun ikke fikk kontakt med legen.

Av legen på legevakta ble hun nesten ikke spurt om noe. I ettertid har hun tenkt at hvis legen hadde visst hvilken tilstand hun var i, ville det vært merkelig om vedkommende hadde sendt henne hjem. En kan si at ved å oppsøke legevakta, våget hun seg fram for å bli imøtekommet, noe som innebærer tillit. Løgstrup (2000) skriver at uansett hvor mange måter kommunikasjonen mellom oss kan arte seg på, består den alltid i å driste seg frempå for å bli imøtekommet. I dette er det en blottstillelse. I møtet med legen på legevakta ble det ikke etablert en tillitsrelasjon der hun fikk hjelp til å uttrykke seg ut fra spørsmål og interesse fra legen. Dermed greide hun ikke å uttrykke seg. Hun ble ikke aktivt avvist, men hun ble heller ikke mottatt på en måte som gjorde det mulig for henne å meddele seg inngående om det hun opplevde. Martinsen (2000) skriver at tilliten i begynnelsen er preget av gjensidig forbeholdenhet. Det at Siri ble sendt hjem, sterkt preget av uro uten å si noe om det, viser at den forbeholdne tilliten hun hadde, slo over i mistillit. På legevakta handlet det ikke lenger om bevisst å dekke over hvordan det sto til med henne. Det handlet om å ikke greie å gjøre

seg forstått uten å få hjelp til det av legen. Derfor opplevde hun samtalen med legen som lite tillitsvekkende. Løgstrup (2000) skriver at hvis tilliten blir møtt med en hvilken som helst annen holdning enn mottakelse, slår den over i mistro eller mistillit. Det er ikke fiendtlighet som skal til. Det skjer kanskje vel så mye på grunn av likegyldighet, reservasjon og avvisning. Det vil man ikke utsette seg for, så derfor nøytraliserer man sin tillit på forhånd (jf. Løgstrup 2000). I intervjuet kunne Siri fortelle om hvilken nød hun hadde vært i mens hun snakket med legen på legevakta. Men det var først i ettertid hun tenkte at hun ikke burde blitt sendt hjem. Å våkne opp om morgenen på hytta og å høre stemmer i hodet hadde vært en ekstremt skremmende opplevelse. I møte med legevakta var hun fremdeles preget av sterk angst og uro. Martinsen (1996) viser til Løgstrup som har skrevet at ikke engang i en situasjon som er tilspisset av nød og hjelpeløshet, viser vi nødvendigvis uforbeholden tillit. Videre skriver Martinsen (1996) at selvutleveringen kan utnyttes negativt, eller den kan føre til befrielse som stammer fra den annens omtanke og imottakelse, slik at en føler seg anerkjent og oppmuntret. Det siste erfarte ikke Siri, og kontakten ble brutt. Martinsen (1996) skriver at vi stilles egentlig overfor bare to muligheter: enten å ta vare på den annens tillit, eller å ødelegge tillitsforholdet. Tilliten kan misbrukes ved at en ikke tar i mot den andres utleverthet.

Å bli møtt når en er psykisk syk med en forståelse som viser at hjelperen har kunnskap om psykiske problemer, er viktig for å skape tillit. Hvis legen på legevakta hadde spurt Siri mer om hennes tilstand, ville han samtidig vist at han hadde kunnskap på området. Da ville det kanskje vært mulig for henne å formidle hva hun opplevde. Veien til behandling går i følge forskning via førstelinjetjenesten (Norman et al. 2004). Et sentralt poeng i denne artikkelen er at utdanning/opplæring av behandlere er viktig slik at de på et tidligere tidspunkt skal kunne avdekke psykotiske tilstander og dermed ha kjennskap til hva en kan vinne ved tidlig intervensjon. Det er også andre studier som peker i samme retning (jf. Larsen et al. 2000, Mattson et al. 2000). Slik det hevdes fra faglig hold, vet en at det kan være vanskelig for en person som opplever psykose å gi uttrykk for sine opplevelser, og de må derfor få hjelp til dette (Monsen 1996, Seikkula 2000, Cullberg 2001). Kunnskap om psykose er derfor et poeng hvis en skal ”avdekke psykotiske tilstander”, slik Norman et al. (2004) formulerer det.

### **5.4.3 Mistillit i møte med psykiatrisk institusjon**

Som tidligere nevnt, ble Mari ble sendt hjem fra studieopphold i utlandet og innlagt ved psykiatrisk akuttavdeling. Hun fortalte at etter at alle innleggelsesprosedyrer var gjennomført,



ble hun sittende alene på et rom. Det skjedde ingenting. Det kunne gå en hel vakt uten at noen hadde vært inne og hilst på henne. Hennes forklaring på dette var at det var mai med mange fridager og mange ekstravakter på jobb. Hennes fortelling innholdt ikke noe om at hun selv gikk ut i avdelingen og prøvde å få kontakt med personalet, eller si noe om hvordan hun opplevde det å sitte alene på rommet. Dette kan en forstå ut i fra den situasjon hun var i. Det skal ikke mye fantasi til for å forstå at dette ikke var noen god opplevelse for henne, noe hun selv bekreftet. Det må ha vært skremmende. Det å oppleve at studiet ble avbrutt på grunn av psykisk sykdom, og å bli sendt hjem fra et studieopphold i utlandet, må være ille nok i seg selv. Mari var en ungdom i starten av sitt voksenliv. Mange drømmer må ha falt i grus i og med dette. Det å bli innlagt i psykiatrisk institusjon vil for alle være en dramatisk hendelse. Hva vil nå skje med ens fremtid? Kan en sette seg inn i hvordan det må oppleves å bli overlatt til seg selv i en slik situasjon? Det kan ikke akkurat vekke tillit til de som har som oppgave å hjelpe en.

Martinsen skriver at tillit kan brytes ned gjennom individuelle eller strukturelle forhold. Svikt i dette gir grobunn for mistillit. Videre skriver hun at for å hindre at mistilliten blir større, kan det bli nødvendig å regelstyre relasjonen (Martinsen 1996). Vanligvis vil en forvente at arbeidet i en psykiatrisk avdeling er regelstyrt på en slik måte at pasientene ikke blir skadelidende ved for eksempel å bli overlatt til seg selv, og at slike regler ikke skal avhenge av hvem som er på jobb, eller om det er ferietid. Tilliten i seg selv kan ikke regelfestes, skriver Martinsen (1996). Det vi regelfester, er en norm for å hindre mistillit og likegyldighet. I dette tilfellet kunne det for eksempel gjennom regelstyring blitt sørget for bestemte personer som hadde som oppgave å følge opp Mari i avdelingen.

Pers første møte med psykisk helsevern var da han ble innlagt for første gang. Det var en åpen avdeling ved et psykiatrisk sykehus. Han fortalte at han ikke klarte å forholde seg til avdelingen, så han gikk løs på inventaret. Det førte til at han ble flyttet til lukket avdeling. Der ble han medisinert. Det ønsket han ikke, så han ble tvangsmedisinert. En slik situasjon som er beskrevet overfor, er umulig å vurdere for en utenforstående ut i fra de begrensede opplysninger Per ga. Men Per fortalte i intervjuet at grunnen til at han utagerte, var at han ikke stolte på omgivelsene. Han sa at han antakelig hadde "paranoide vrangforestillinger" (jf. Cullberg 2001). Ut i fra dette kan en forstå at han var redd. Men det klarte han ikke å gi uttrykk for med ord. En kan kanskje si at utageringen var et uttrykk for det han ikke fikk sagt. Når en har erfaring fra arbeid i akuttpsykiatrien, vet en at det ikke alltid er mulig å unngå

tvangstiltak. Det finnes et lovverk for slike tiltak. Lovverket er til for å regulere det arbeid psykiatrisk helsepersonell skal utføre, og det er til for å beskytte pasienten mot overgrep (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

Selv om det var nødvendig å stoppe atferden der og da, opplevde Per å bli møtt med fysisk overmakt ved forflytting til et sted som var lukket, og som han ikke kunne komme fra. I tillegg opplevde han at hans følelser ble kontrollert ved å kontrollere hans kropp innenfra, ved hjelp av medisiner. En kan kanskje si det slik at han var sperret inne bak låste dører, og sperret inne i sin egen kropp ved hjelp av ”kjemisk låste dører”. Martinsen skriver om makt at den kan oppleves som kontroll, som begrensende for den andres rom og livsressurser, samt at den kan være krenkende. Men den andres makt kan også oppleves befriende. Den makt som er knyttet til de oppgaver som springer ut fra det ansvar vi har for andres liv, blir da brukt til å frisette livsmuligheter og ikke til undertrykking. Videre skriver hun at kontroll kan vise seg å være et nødvendig steg på veien til å gjøre livsrommet rommeligere (Martinsen 1996). Overført til situasjonen Per beskriver, kan det synes nødvendig å bruke makt når inventar knuses og om Per ikke lar seg korrigere. Men noen erfaringer med at dette kunne snu til noe positivt, eller ”gjøre livsrommet rommeligere”, kanskje i form av relasjoner til enkeltpersoner i avdelingen, inneholdt ikke Pers historie noe om.

## **5.5 Tillit i møte med hjelpeapparatet**

Etter Siris mislykkede forsøk på å få hjelp på legevakt og hos primærlege, sørget kameraten som var sammen med henne for at hun fikk time hos en terapeut i det akuttpsykiatriske teamet ved et psykiatrisk sykehus. Siri beskrev det første møtet med terapeuten slik:

*”Og første gangen æ møtte ho, så trur æ bare det kom ... ho va jo, og e jo et veldig sånn varmt menneske, og ... at det va nokka i hennes væremåte og hennes øya som gjorde at det va greit å på en måte bare spy ut de her tingan, og bare komme med alt.”*

Den andre personen må med sitt blikk og sin tilstedeværelse ha formidlet tillit, noe som Siri oppfattet. Indirekte kan en kanskje si at hun formidlet: ”Jeg har tid, og jeg er innstilt på å høre hva du måtte ha på hjertet”.

Å ”spy ut alt” er en kroppslig metafor. Brukt som metafor i forhold til å formidle noe, er det mulig å bestemme seg for å åpne seg for det en ellers har problemer med å formidle. Siri

opplevde at det var greit ”å spy ut” alt hun hadde båret på så lenge. Det var i første omgang ikke det terapeuten sa, men de sanseintrykk Siri fikk som fikk henne til å oppfatte terapeuten som å være hennes tillit verdig (jf Løgstrup 2000). Martinsen (1996) skriver om sykepleiearbeid at det er å følge pasientens kroppsuttrykk. Det å ta i mot de vekslende og mangfoldige inntrykk pasientens kropp gir, er en relasjon preget av gjensidig utleverthet og berørthet. Terapeuten har muligens sanset hvor redd Siri var, hvor stor hennes nød var og med sitt blikk gitt respons på det. Kroppens grunnleggende måte å være til på, er i sansingen, og det er ikke bare pasienten som er berørt og utlevert. Den profesjonelle er også det i kraft av sin kropp og sin sansing. Vi sanser gjennom kroppen. Det er kroppen som mottar inntrykk og berører oss, skriver Martinsen (1996). Hun viser til Merleau-Ponty som har skrevet at når vi ser, hører, taler og lytter, har kroppen allerede sett, hørt, talt og lyttet for oss (Martinsen 1996).

Videre fortalte Siri om flere andre møter med terapeuten. Men i de kommende møtene var det ikke like lett å snakke fritt om hvordan hun hadde det. Hun fortalte at hun ble mer psykotisk, og da følte det farlig å dele opplevelsene også med terapeuten. Å dele tanker og følelser med andre innebærer å utlevere seg. Opplevelsen av å være utlevert kan være spesielt sterk særlig når angstnivået er høyt (Monsen 1996). For å klare det, må en ha tillit til den eller de en deler sine opplevelser med. En må føle seg relativt trygg på at en blir tatt i mot og forstått. Frem for alt må en føle seg trygg på at det en har fortalt, ikke blir brukt mot en. Vanligvis krever en slik tillit godt kjennskap tilsamtalepartneren. Å utlevere seg innebærer å gi slipp på kontroll. Den tilliten Siri viste i senere møter med terapeuten, var ikke uten forbehold. Vanligvis viser en en forbeholden tillit overfor fremmede, skriver Løgstrup (2000). Selv om Siri ikke fortalte fritt om hvordan hun egentlig hadde det senere i psykoseforløpet, fortsatte hun å møte til timene med terapeuten. Det som hadde betydning for at hun skulle klare det, var at terapeuten var forsiktig og ikke for pågående, samtidig som hun viste interesse for hva Siri tenkte. Videre forklarte Siri det slik at terapeuten var rolig, virket ikke redd eller ansent, og situasjonen virket ikke farlig på henne. ”*Det e utrolig kor mye det betydde at ho... (navnet på terapeuten) kunne opptre så rolig og respektfullt, altså, uansett ka slags reaksjona æ hadde*”, sa hun.

Å være interessert i hva den andre tenker, innebærer å sanse den andre (Martinsen 1996). Siri ble møtt på en måte som ikke presset henne til å utlevere seg mer enn hun klarte. Det inngår i dette å vise respekt for den andre, slik terapeuten gjorde. Martinsen (1996) skriver i forbindelse med sykepleiearbeid at sansingen er tilbakeholdende. Dette er det vesentlige for å

kunne motta. Tilbakeholdenhet gir plass og rom for å ta i mot den andre, og tilbakeholdenhet har med holdning å gjøre. Martinsen bruker uttrykket "aktelsens språk", og skriver at det har i seg sansingens tilbakeholdne langsomhet. Det er et følsomt og stemt språk, det er åpent og undrende, ikke forklarende og klassifiserende (Martinsen 1996). Løgstrup (2000) skriver om samtalen at det blir slått an en bestemt tone som den snakkende så å si går ut av seg selv og inn i, for dermed å eksistere i samtalens forhold til den andre. Martinsen (1996) skriver at vi kan være enige eller uenige i synspunkter og saker. Men i tonen er det ikke nøytralitet. I tonen er personen selv til stede. Tillitsforholdet til terapeuten innebar også at det ble mulig for Siri å se hvem terapeuten var gjennom hennes varme, hennes væremåte og blikk. "Å bli den andres tillit verdig" handler om faglig skjønn og interesse for den det gjelder, og at den andres utleverthet skal bli imøtekommet og forstått (Martinsen 1999).

Den tiden hvor tillitsforholdet mellom Siri og terapeuten var under oppbygging, var ikke enkel for Siri. På den ene siden ga hun uttrykk for at det var bra at hun selv fikk regulere tempo, nærhet og avstand. På den annen side trengte hun hjelp til å uttrykke seg og kanskje bli spurt mer. Hun uttrykte det slik: "*æ va nok frøktelig forknytt altså i det der ... prøvde vel å signalisere ting ... mer enn å si det*". Samtidig var hun usikker på hvordan hun ville ha reagert på en mer aktiv fremgangsmåte fra terapeuten. Kanskje ville hun ha støtt henne fra seg og ikke villet snakke mer med henne. Under intervjuet reflekterte Siri samtidig over at terapeuten var den som hadde kunnskap og erfaring for å kunne hjelpe henne i hennes uoversiktlige livssituasjon. Dette viser at hun likevel hadde tillit til terapeuten. Med Løgstrups (2000) ord kan en kanskje si at i denne situasjonen har alt har vært "på vippen". Løgstrup bruker metaforen "å ha noe i sine hender" om situasjoner der tilstanden er svevende, og i ferd med å vippe til den ene eller den andre siden, det vil si tillit og mistillit. Min erfaring er at en som terapeut ofte er i nettopp denne "vippesituasjonen" i kontakt med personer som er rammet av psykose, fordi det er så små marginer mellom tillit og mistillit.

Jon ikke var forberedt på at han ville bli innlagt i psykiatrisk avdeling første gang det skjedde. Likevel ble han positivt overrasket over møtet med avdelingen. Han fortalte at han i utgangspunktet ikke hadde tenkt å snakke. Men så opplevde han å bli møtt med seriøsitet og vilje til å forstå. Han ble også forsikret om at det han fortalte, ikke ville bli brukt mot ham. Derfor bestemte han seg for å være ærlig, svare på spørsmål og fortelle hvordan han hadde det. Satt på spissen kan en si at Jon opplevde å bli møtt som et menneske med verdi i seg

selv, og ikke som et ”psykiatrisk kasus” (jf. Skjervheim 2001). Løgstrup (2000) skriver at gjennom vår holdning til hverandre er vi med på å gi hverandres verden dens form. Ikke gjennom teorier eller anskuelser, men ganske enkelt gjennom ens holdning. Alvsvåg (2000) skriver med henvisning til Løgstrup at følelse og forståelse ikke kan skilles, for da blir forståelsen redusert til en objektiv registrering. Da krenkes urørlighetssonen<sup>420</sup>, det vil si at personen da betraktes som en ting eller et objekt. For Jons vedkommende kunne det vært en fare for dette hvis de profesjonelle som møtte ham bare hadde vært opptatt av å avdekke hvorvidt han hadde symptomer på psykose, og graden og arten av disse.

Etter mange kortvarige innleggelse og utskrivelse til ”ingenting”, slik Mari uttrykte det, hadde hun hatt en planlagt innleggelse i ca ett år da intervjuet fant sted. I løpet av denne tiden hadde hun fått det gradvis bedre med seg selv. Det var nå satt et tidspunkt for utskrivning som hun jobbet mot sammen med sine behandlere og kontaktpersoner. Hva som hadde vært til hjelp for henne i avdelingen, beskrev hun slik:

*”...det e både det å ha så mye tid, ... og det å bli tatt så på alvor ...at dem ser at ...æ ... nei, æ vet ikkje korsen æ ska si det...”*

Følelsen av å bli tatt på alvor henger blant annet sammen med at en blir sett, bekreftet og anerkjent som den en er, med de behov en har. For Mari hadde det noe å gjøre med at hun fikk nok tid. Noen så hennes behov, og tok dem på alvor. Å være til er å få lov å være til som seg selv, skriver Martinsen (2000). Å respektere den andre er bare mulig i personrelasjoner. Tillit, eller det å ta i mot den andres utleverthet, har å gjøre med kvaliteter som utvikles i relasjonen, skriver Martinsen (1999).

---

<sup>20</sup> I det asymmetriske forholdet mellom sykepleier og pasient, hvor sykepleieren er i maktposisjon, er det sykepleierens ansvar å trekke grenser slik at den andre ikke fornedres. Grensen trekker sykepleieren med sin tilbakeholdenhet. Martinsen viser til Løgstrup som skriver at vi er gjensidig utlevert og berørt. I tilbakeholdenheten ligger grenser, og berørtheten utfordrer grenser. I tilbakeholdenhetens grenser er det rom for å ta hensyn til den andres ”annenhet” eller ”fremmedhet”. Den andres fremmedhet viser meg den andres grenser, hans urørlighetssone, som sykepleieren hele tiden må ta hensyn til (Martinsen 1996).

## 6.0 OPPLEVELSE AV EGEN IDENTITET

I dette hovedkapittelet vil jeg først fokusere på hvordan informantene har fortalt om sjokket når de selv er blitt rammet av sykdom. Dernest vil jeg fokusere på beskrivelser og fortellinger om hvordan de opplevde forlengelsen av sykdommen med vedvarende problemer. Til slutt vil jeg fokusere på informantenes beskrivelser og fortellinger om erfaringene med å innse og akseptere det som har skjedd, og det å begynne å orientere seg på nytt. Som tidligere vil det knyttes relevant teori og forskning til det informantene har fortalt.

### 6.1 ”Men at det sku hende mæ ...”

En informant uttrykte det sjokkerende i det å bli rammet av psykose slik: *”Ja, det vet du jo... at det går an å oppleve nokka sånt. Men at det sku hende mæ...”*.

En kan bli rammet av sykdom, ulykker og sorg. Teoretisk vet en at det kan hende en selv like godt som noen andre. Men hvis en lever et relativt forutsigbart liv i et relativt trygt hjørne av verden, er det vanligvis ikke noe en bekymrer seg for i hverdagen. At noe kan skje, er en viten en har, men en har distanse til denne viten. Hvis noen i ens nærhet blir rammet, kan en bli minnet om sin sårbarhet. Men hvis en selv blir rammet, er det likevel et sjokk. En informant sa det slik: *”...det kan virkelig skjære seg. Det kan gå virkelig ille. Men at det sku bli så ille som det her...”*. Jeg ser dette utsagnet som et uttrykk for sjokk, vantro og rystelse over det å selv bli rammet av psykose, og å ta innover seg omfanget av det som har hendt. Det er uvirkelig at det er en selv som er blitt rammet. Det er umulig på forhånd å kunne forestille seg hvordan det oppleves å være i denne situasjonen. Cullberg (2001) skriver i forbindelse med det å ha erfart en psykose at myten om ens egen usårbarhet ikke lenger beskytter. Det å ha erfart psykose må være en rystelse som kan oppsummeres omtrent slik: *”Det verste kan faktisk hende meg”*, fordi en har kjent det på egen kropp. Det samme har personens nærmeste i og med at erfaringen med et familiemedlem med psykose har kommet inn i deres liv.

Det er også noe allment i informantens uttalelser. Av og til har en hørt folk uttale seg på lignende måte når de forteller om hendelser hvor personer eller for eksempel lokalsamfunn blir rammet av ulykker eller andre sjokkerende opplevelser. En kan for eksempel høre utsagn som: *”Jeg hadde aldri trodd at noe slikt skulle hende meg”* eller *”... at noe slikt skulle hende her hos oss”*. Dette er uttalelser som antakelig vil være gjenkjennelige for svært mange. Berge og Repål (2005) skriver om traumatiske hendelser og menneskers reaksjoner på slike hendelser at sjokkerende opplevelser bryter med hvordan man tidligere har opplevd verden.

Cullberg (2001) skriver at det å bli rammet av psykose har en likhet med den traumatiske krisens faser av sjokk, reaksjon, bearbeiding og nyorientering.

De fleste har kanskje opplevd at når noe skremmende har skjedd, har en behov for å fortelle om det, og ofte flere ganger. Andre ganger tør eller vil en ikke fortelle noe, fordi hendelsen på en negativ måte har endret ens opplevelse av seg selv, noen som står en nær eller ens opplevelse av eget liv. Lorem (2006) skriver at selvoppfatning og førstepersonsfortellinger hører sammen. Gergen (2005) skriver ut i fra et konstruksjonistisk syn (se fotnote 2, kapittel 2) om hvordan vi bruker historien til å identifisere oss i forhold til andre og oss selv. Vi forteller historier om barndom, vårt forhold til familiemedlemmer, vår første kjærlighet og om opplevelser fra dagliglivet. Mange er opptatt av historier i form av romaner, teater, etc. Mange har fått sine første fremstillinger av menneskets handlinger gjennom eventyr og familiehistorier. Sannsynligvis som følge av dette tette og langvarige kjennskap, skriver Gergen, blir historien et avgjørende redskap når vi skal gjøre oss selv forståelige i den sosiale verden (Gergen 2005).

Siri fortalte at hun ikke hadde opplevd noe i sin ungdom eller tidlig voksen alder som skulle tilsi at hun skulle oppleve en psykose. Hun opplevde å ha hatt et normalt liv med god selvtilitt og mange og gode venner. Hun hadde følt seg trygg og mestret skole, studier og jobb godt. Slik ga hun uttrykk for hvordan hun så seg selv da hun kjørte til det psykiatriske sykehuset til sin første time med terapeuten: ”... *at det her e mæ som kjøre ned dit?*”.

Dette utsagnet forstår jeg slik at hun nærmest med forundring betraktet seg selv utenfra. Situasjonen hun var kommet i, stemte ikke med det bildet hun i utgangspunktet hadde av seg selv. Situasjonen hun så, var seg selv kjørende til et psykiatrisk sykehus, som klient, eller hjelpetrengende på grunn av alvorlige psykiske problemer. En kan få tidligere perspektiv på seg selv ”snudd på hodet”. Det kan for eksempel skje på grunn av noe så enkelt som en kommentar fra andre, eller slik som i Siris tilfelle, hvor hun befant seg i en situasjon hvor hun møtte egne fordommer. Eller sagt på en annen måte: ”Kommentarer” på seg selv ”fra seg selv” ut i fra en forståelse som kanskje kan sies å speile samfunnets oppfatning av en slik situasjon. Lorem (2006) skriver at selvforståelse neppe kan tenkes uavhengig av en sosial kontekst, det vil her si at en påvirkes av andres syn på psykisk sykdom.

## 6.2 Om opplevelser som vanskelig kan deles

Siri beskrev sin opplevelse av seg selv og sitt forhold til omverdenen mens hun var psykotisk slik:

*”Og du e jo så sår, man e jo så sår, det ska jo ingenting til. ...Men æ...det føles fortsatt så... og det gjorde det i hvert fall da, så... vanskelig å sku dele det med noen. Fordi du e så redd, akkurat som du e i oppløsning som person... Og det at noen andre skal ta del i det, det gir dem på et eller anna vis en eller anna form for altfor stor kontroll på ... på dæ som person. Det... det... det virke helt... For mæ så va det litt sånn grenseløst, altså. Grensen mellom mæ og andre va veldig uklar. Og kjærnen i dæ sjøl e på en måte sånn her... flytanes og va borte. Vanskelig å holde.”*

Beskrivelsen ble gitt og reflektert over i intervjuet etter at psykosen var over. Likevel får en gjennom Siris beskrivelse del i opplevelsen av smerte og den totale utryggheten som psykoseopplevelsen innebærer. En får del i hvordan det oppleves å være i verden uten tillit, og en får innblikk i hvordan det er å være i verden uten forvissning om at ens nærmeste vil en vel. Videre får en innblikk i hvordan det oppleves å være i verden sammen med andre når deres nærvær betyr at de kan få makt over en. En får vite noe om nærværet av en opplevd trussel om å gå i oppløsning, og den angsten som er knyttet til dette. Gjennom disse beskrivelsene får en del i deler av personens livsverden, slik den ble opplevd i en bestemt fase av personens liv. Dette er en del av Siris fortelling om hvordan hun opplevde det å være psykotisk, og hennes forståelse av seg selv etter at denne fasen var over. Da fortellingen ble gitt, hadde Siri i større eller mindre grad gjenvunnet tilliten til sine nærmeste og verden. Men erfaringen var blitt en del av hennes livshistorie. Lindseth (2001) skriver at i et livsverdensperspektiv kan det å være syk fortelle oss noe om livet. Vi kan betrakte sykdommen som en side ved vår livshistorie, og som et meningsfylt uttrykk for denne, skriver han videre. Lorem (2006) skriver om det refleksive aspektet. Vi har som mennesker en oppfatning av oss selv, hvem vi er og av vår relasjon til andre og omverden. Han skriver om hvordan det i vestlig filosofi er vektlagt at mennesket er refleksivt. Det betyr i denne sammenhengen at mennesket forstår seg selv eller har et aktivt og forstående forhold til seg selv. Gergen (2005) skriver om vår aktuelle identitet at den er et forståelig resultat av en livshistorie. Det å skape en narrativ sammenheng kan være av avgjørende betydning for å gi livet en form for mening og retning. Monsen (1996) skriver ut i fra objektrelasjonsteori om hvordan en blir seg selv gjennom andre. Det å oppleve gode, trygge og forutsigbare forhold til viktige andre (foreldre/foresatte)



har betydning for å bli trygg i seg selv videre i livet. Siri fortalte videre om hvordan hun opplevde tiden i fortsettelsen av den akutte psykosen:

*... veldig mye onde følelsa, dårlige følelsa, altså ... Å våkne opp om morran, og enkelte ganga, eller ofte føle det som om du skal ta eksamen. Eller sånn...at du bare vil pakke deg under dyna og ikkje forholde dæ verken til folk eller verden (...) og æ har sagt til ho ... (navnet på terapeuten) mange ganga at æ ser med lengsel og smerte fram til den dagen da æ våkne opp og ikkje føle at æ ska opp til eksamen”.*

I forlengelsen av sjokket over det å ha blitt rammet av psykose, kom erfaringen med å måtte leve med smertefulle følelser over tid. Det å bevege seg ut i verden og å ha kontakt med andre, ble nå forbundet med den største anstrengelse. Slik jeg forstår det, fortalte Siri her hvordan de vonde følelsene preget hennes daglige liv. Smerte er et ord en ofte forbinder med fysisk sykdom eller skade. Men det å ha vonde følelser kan også være en smertefull opplevelse. Siris utsagn overfor viser belastningen ved å måtte kjenne på eller holde ut følelsene som situasjonen innebar, og det å ha fokus på et sted i fremtiden, når det smertefulle forhåpentligvis ikke er der lenger. Birkler (2003) skriver at i forbindelse med sykdom kan den personlige identiteten bli påvirket av et endret syn på fremtiden, forandrede sosiale relasjoner og en endret holdning til seg selv.

Vetlesen (2004) skriver om fysisk smerte at det kan innsnevre ens oppmerksomhet til å dreie seg i hovedsak om smertene og slik prege ens forhold til verden. Jo sterkere smerteopplevelsen er, jo sterkere kan en oppleve det som en utmelding av det fellesmenneskelige univers. Budskapet er at fysisk smerte i kraft av sin kroppsbundethet, individualiserer og setter preg på personens ”væren-i-verden”, det vil si opplevelse av seg selv og alt annet i verden. Han skriver at i enkleste forstand er smerte fysisk ved at den erfares i kroppen som at ”jeg har vondt”. Men poenget er, skriver han, at dette gjelder, selv om det er mindre åpenlyst, for psykisk smerte også. Sorg eller tapserfaringer, store nederlag eller sterk angst, er alle sammen eksempler på en smerte som kan oppleves fysisk, men med psykologisk opphav. Siri beskrev det å ha vonde følelser slik at hun ønsket å bli under dyna og ikke forholde seg verken til folk eller verden. Vetlesen (2004) skriver videre om fysisk smerte at det oppleves i første person entall, selv om andre kan hevde at de vet og føler akkurat hvordan en har det. En kastes ut i en form for alenehet som en ikke hadde opplevd før smerten gjorde sitt inntog i ens liv.

På et tidspunkt begynte Siri med medisiner i samråd med sin lege. Hun fortalte at tankene da ble klarere og lettere å sortere. Tankekaoset ble ryddigere. Men medisinen tok ikke bort alt det vonde. Hun beskrev det slik: *”De onde følelsen... va jo fortsatt til stede. Og e fortsatt til stede”*.

Per fortalte om sin erfaring på denne måten: *”... i det øyeblikk du får innsikt, så e det du ser så dårlig at du ikke vil leve lenger”*.

Om en fikk høre dette i den akutte situasjonen, ville en kanskje reagere med forskrekkelse. Eller en ville forsøke å møte det på en empatisk måte, med andre ord å oppleve kvaliteten i følelsen uten å ta stilling for eller i mot (jf. Monsen 1996). En kunne gjøre seg tanker om at personen ”tar feil” fordi det er håp for alle. En kan også tenke seg at dette utsagnet er et uttrykk for en dyp depresjon, og at en bør være oppmerksom på suicidalfare. Cullberg (2001) skriver at når innsikten om at man har en psykisk lidelse oppstår, eller når de tapene i livet som uunngåelig følger med sykdommen begynner å bli tydelige, går mange inn i langvarige depressive tilstander, i blant med sterk selvmordsrisiko. Utsagnet over er en del av Pers fortelling om sin opplevelse ved å være psykosener eller psykotisk. Det er samtidig en del av en fortelling om en opplevelse av seg selv som person. For Per var foranledningen for den siste innleggelsen et brudd i et kjæresteforhold. Det utløste det han selv omtalte som depresjon og en nærpsykotisk tilstand. Slik fortalte han om det:

*”For den siste gangen va det nært ... at æ ... sånn som i hvert fall æ oppleve det, at æ ... ja ... rett og slett tok livet av mæ ...og ... det va et ...forhold til ei dame ... som gjorde at æ ... at æ fikk den her depresjonen ... og hovedårsaken til at æ skjønne at æ ... ikke tenke ... sånn som... i og med at æ klare å såre noen så mye som æ har klart, ... så ...så konkludere æ med at æ tenke ikke sånn som 99% av menneskan tenke ... Sånn oppleve æ det.(...) Altså...det e veldig vanskelig å prate om... og det va jo det... som utløyste ... det med kjæresten min og mæ...at vi kom til et punkt da vi ikke kunne prate med hverandre lenger...Vi bare gikk...gikk fra hverandre...Og æ har vært knust sia den gangen... og æ skjønne at æ ikke forstår, og det at æ skjønne at æ ikke forstår, e det samme som at æ skjønne at æ ikke e frisk. ... Og det e spesielt forferdelig når man da ser at man har såra sine nærmeste og sin kjære, og... så blir det i hvert fall for mitt vedkommende veldig dramatisk ... og æ vet ikke ka æ ska gjøre for å ... leve videre”*.

Slik Per fortalte at han opplevde det, forstår en at han føler seg svært forskjellig fra andre. Det at han var forskjellig fra andre, ikke tenkte som de fleste andre mennesker, og dermed ikke forsto som andre mennesker, hadde ut i fra dette utsagnet forårsaket skade for hans kjæreste,

og brudd, tap og sorg for ham selv. Det var ikke på en god måte han følte seg forskjellig fra andre. Det han så når han betraktet seg selv, opplevde han som så dårlig at han ikke ønsket å leve lenger. Lorem (2006) skriver at vi har som mennesker en oppfatning av oss selv, hvem vi er, og av vår relasjon til andre og omverden. Som tidligere nevnt, skriver han at selvforståelse er knyttet til det refleksive aspektet, det at en har et aktivt og forstående forhold til seg selv. I Pers tilfelle kan en stille spørsmål ved sider av hans selvforståelse. Men han har selv omtalt seg som deprimert og nærpsykotisk i forbindelse med denne delen av fortellingen om seg selv, det vil si en selvforståelse knyttet til det refleksive aspektet. Gergen (2005) skriver om hvordan følelser kan bli forståelige når de plasseres i en kontekst som utgjøres av ens egen personlige historie. Han anvender begrepet ”selvberetning” til å referere til et individs redegjørelse for relasjonene mellom de begivenheter som har vært relevante for selvet gjennom tiden. Han skriver at når vi utvikler en selvberetning, etablerer vi sammenhengende forbindelser mellom livsbegivenheter. I stedet for å se vårt liv som en serie enkelthendelser, formulerer vi en historie hvor begivenhetene i vårt liv henger systematisk sammen. De blir forståelige ut i fra sin plassering i en sekvens eller i en prosess som utspiller seg. Slik blir vår aktuelle identitet ikke en plutselig eller mystisk begivenhet, men et forståelig resultat av en livshistorie.

### **6.3 Å se seg selv i sosiale sammenhenger**

Både Siri og Per fortalte om sine bekymringer fordi de forsto at deres situasjon var belastende for deres familier. Siris foreldre var mye til stede for å støtte og hjelpe henne i den tiden hun var psykotisk. Hun kunne se at situasjonen slet på foreldrene. Det bekymret henne. Derfor hadde hun en stund vurdert frivillig innleggelse, og diskutert dette med sin lege og sin terapeut. Men hun valgte til slutt å ikke legge seg inn. Per var oppmerksom på at hans sykdom berørte hans nærmeste. Slik ga han uttrykk for det:

*”... æ legg jo en byrde på dem... og min bror og min mor har jo sine liv å leve...og æ kommer jo i veien for demmes...altså, dem har sikkert andre ting dem ønske å bruke tid og energi på enn å styre med min sykdom...”*

Det meste av sitt voksne liv hadde Per vært i den situasjonen at han gjentatte ganger trengte hjelp av sin familie. Han fortalte at hans mor antakelig har bekymret seg mye for ham også i perioder hvor han har vært ”såkalt frisk”, som han uttrykte det. Dette var noe han antok uten at mora hadde sagt det direkte. Ut i fra det kan en forstå at han etter hvert begynte å oppfatte

seg selv som en person som er i veien for sine nærmestes livsutfoldelse. Pers fortelling om seg selv i forhold til sin familie var her blitt en fortelling om seg selv som en som ligger de andre til byrde. Monsen (1996) skriver at vi skaper identitet og mening gjennom våre handlinger, og vi bygger relativt faste definisjoner av hvem vi er ut i fra hvordan vi oppfattes av andre. For både Siri og Pers vedkommende tenker jeg at de reaksjoner de mente å oppfatte fra sine nærmeste, var realistiske. Forskning viser at belastningen er stor for familier som har et psykotisk familiemedlem. Men forskning viser også at familiens eventuelle irritasjon over den psykotiske personens oppførsel og dårlige sosiale fungering bidrar til forverring av personens symptomer (Addington et. al. 2005, O'Brien 2006).

I følge Lorem (2006) kan selvforståelse neppe tenkes uavhengig av sosial kontekst. Selvpoppfatningen vil bli påvirket av den responsen den møter hos andre. Videre skriver Lorem (2006) at identitet har både en sosial og en refleksiv side. Fortellingene om en selv kan uttrykke selvforståelse. Når de handler om andre, kan de uttrykke karakteristikk. Det er to forhold identitet artikulere: Et forhold er selvforståelsen; min forståelse av hvem jeg er, min personlige identitet. Denne er refleksiv (meg selv som objekt). Det andre forholdet er min relasjon til andre (sosial identitet). Gergen (2005) diskuterer hvorvidt beretninger om selvet fundamentalt sett er "individuell eiendom", eller i "relasjonenes besittelse", det vil si produkter av sosiale samspill.

En kan bevisst gå inn for å vise ulike sider av seg selv, avhengig av hvilken situasjon en er i. Siri fortalte at hun vanligvis pleide å si det som det var, det vil si at hun hadde hatt en psykose. Men i forhold til jobben og kollegene hadde hun valgt å si minst mulig om sin situasjon. "Det er ikke den Siri æ vil at dem skal se", sa hun. Hun syntes det var vanskelig å omtale denne siden av seg selv fordi hun var usikker på hva slags reaksjoner hun ville få. Halvorsen (2005) skriver i forbindelse med ensomhet og tilbaketrekning om den preventive skammen at den forebygger uønskede avsløringer, det å bli blottstilt, og å bli avslørt som en annen enn den en ønsker å være. På den annen side er det slik at det er vanlig at en inntar forskjellige roller, alt etter hvilken situasjon en er i. På jobb har man en overordnet rolle som er knyttet til profesjon og funksjon. Det er vanlig å holde sitt privatliv atskilt fra jobben, om enn i varierende grad. En regulerer dette etter hva slags arbeidsmiljø en tilhører, og i forhold til enkeltpersoner en jobber sammen med. Goffman (1992) skriver ut i fra et sosiologisk perspektiv om de forskjellige roller vi har til daglig, og bruker teaterforestillingen som innfallsvinkel, som nevnt i kapittel 3.0. Han skriver at vi forbereder oss på å spille en rolle i

forhold til slik vi ønsker å fremstå. Publikum vil oftest godta det ”jeg” som en fremviser og se på en som en ansvarlig representant for sine kollegaer, sin gruppe, sitt lag, sin sosiale organisasjon etc. Som et eksempel på dette, gjengis en episode Siri fortalte om, som jeg har sett i sammenheng med at hun ikke fortalte sine kolleger om sine problemer.

Episoden var slik: En kollega av Siri fortalte om en situasjon hun hadde vært i, og hvor en person hadde vært en prøvelse for hennes tålmodighet. Det uttrykte hun slik: ”*Æ blei helt gal av han der!*”. I det samme ble hun oppmerksom på Siri, slo hendene mot ansiktet sitt og utbrøt: ”*Ohh! Oi!*”. Siri fortalte at hun valgte å ikke reagere, kommentere det eller ta det opp. Hun bare dro på smilebåndet, og fortsatte den samtalen hun var midt i. Men for seg selv konkluderte hun med at miljøet ikke var ”lekasjefritt”, og at folk tenkte sitt. Slik greide hun å reagere fordi hun ikke følte seg så sårbar i øyeblikket. Slik jeg oppfatter denne fortellingen, handler det om at kollegaen brukte ordet ”gal”. Da det gikk opp for henne at Siri overhørte ordbruken, reagerte hun med forskrekkelse på det hun selv sa. På jobben visste de antakelig at Siri hadde vært ”gal”. Det hadde ”lekket ut”. Dessuten hadde hun gode og dårlige dager, og det antok hun at de kunne se. Men på jobben var jo ikke hennes situasjon et tema, i hvert fall ikke åpenlyst, og det var noe hun bevisst hadde bidratt til. I følge Siri var ikke kollegaens opprinnelige fortelling rettet mot henne. Det var i utgangspunktet bare et hjertesukk over noe som hadde irritert henne, men ordbruken hennes fikk henne til å forstå at hun kunne såre Siri. Goffman (1992) skriver om hvordan en uten å mene det, kan stille den andre i forlegenhet. Det kan skje hvis for eksempel det en sier eller gjør, i lys av en gitt situasjon blir ”feil”, og får en negativ betydning. Personen som er ansvarlig for situasjonen, ville unngått det om han hadde vært klar over følgene. I følge Goffman (1992) kan det dreie seg om ufrivillig å avsløre hemmeligheter eller kjennetegn med negativ verdi som alle kan se, men ingen omtaler, slik det kom til uttrykk hos Siris kollega. En kan si at Siri på jobb ønsket å opptre som en person uten de problemene hun i virkeligheten hadde. Kollegene visste sannsynligvis at slik forholdt det seg ikke. Men de var med på dette ”spillet”. Det å reagere slik kollegaen gjorde, førte til at Siris rolle som en som ”ikke feilte mer enn de andre” slo sprekker. Goffman (1992) skriver at når en opptredende, (i dette tilfellet kollegaen), skader det selv bilde det andre ”laget” (Siri) ønsker å gi, kan det kalles ”å trampe i klaveret”. Lorem (2006) skriver at våre uttrykk alltid vil stå i relasjon til andres oppfattning av og respons på disse uttrykkene. Han skriver at ytre uttrykk i vid forstand, slik som klesstil, væremåte og det vi sier og gjør, vil innebære at andre får et umiddelbart inntrykk av hvem vi er. Videre skriver han at det er en pågående prosess

hvor en uttrykker seg og får brynet disse uttrykkene på andres reaksjon på en selv. Det er en prosess som kan påvirke både en selv og omgivelsene.

Per syntes det var greit at venner fikk vite at han var innlagt i psykiatrisk avdeling. Han hadde hatt besøk av venner, og syntes det var ”tøft gjort” av dem å komme, slik han uttrykte det. Han var opptatt av hvordan vennene måtte oppleve det å forholde seg til ham når han var innlagt. En kan si at han betraktet seg selv ut i fra hvordan han tenkte seg at andre så ham, det vil si han betraktet seg selv med et utenfrablakk. Pers undring over hvordan venner ville oppleve det å komme på besøk til ham i en psykiatrisk institusjon, forteller noe om hans selvbilde. Arntzen (2003) skriver om hvordan andres eventuelt negativt ladede fordommer kan forsterke og opprettholde et selvbilde som er endret gjennom en funksjonshemning. Dette gjelder nok også om funksjonshemningen er av psykisk art.

#### **6.4 ”Verden har blitt vanskeligere ”**

Slik uttrykte Siri en endring i opplevelsen av seg selv etter at hun hadde opplevd en psykose: ”...*kem du sjøl e, e mindre definert, syns æ, enn det det va*”. Selvtilliten var blitt ”sliten”. Hun syntes det var vanskelig å vite på forhånd hva hun ville greie og hva hun ikke ville greie. Det var nå i større grad avhengig av dagsformen. Hun kunne også oppleve å få panikkanfall, og hun var blitt skeptisk til nye folk. Slik uttrykte hun det: ”... *verden har i alle fall blitt mye vanskeligere enn han va tidligere*”.

Siri hadde erfart noe som forandret hennes tidligere oppfatning av seg selv. En slik erfaring medfører en viten om egen sårbarhet og foranderlighet. Bengtson (1999) skriver at hver forandring av kroppen, for eksempel ved sykdom, skade, tap av funksjon osv, medfører derfor forandringer av verden. Det er ikke lenger så sikkert at ”jeg er slik og slik”, eller at ”jeg reagerer sånn og sånn” i gitte situasjoner. Fra å være frisk i en hverdag med jobb, familie og venner, kan en forandre seg til syk i en verden som fortoner seg vanskelig (Birkler 2003). Siri opplevde en forandring fra å fra å være en sosial person med mange venner, til å bli en person som hadde vanskelig for å komme seg ut blant folk på grunn av angst. Det var også vanskelig for henne å godta at hun kunne få panikkanfall. Det å komme seg ut blant folk, kunne nå medføre stort besvær. Denne hemningen var vanskelig å godta. Dette var ikke den type hemning en vanligvis omtaler som kroppslig, i den forstand at det hindrer bevegelse, rent fysisk. Men hemningen kan ses som kroppslig ut i fra at en ikke kan bevege seg i verden uten

sin kropp, uansett hva som er "årsaken" til det. Leder (1990) skriver om kroppens iboende tendens til å trekke seg tilbake fra vårt oppmerksomhetsfelt når kroppen fungerer uten besvær (den recessive kroppen). Det er nettopp det som gjør at vi kan henfalle til å neglisjere eller redusere verdien på kroppen som en del av det levde, erfarende og reflekterende mennesket. Når vi blir bevisst kroppen, er det fordi den trer frem for oss som det Leder (1990) kaller "dys-apparent". Det vil si når det skjer noe med kroppen som gjør at vi blir oppmerksom på den eller på en kroppsdel, innvendig eller utvendig. Dette skjer som regel ved sykdom, skade, smerte eller ubehag. Sykdom eller smerte er assosiert med et komplekst mønster av endrede og reduserte handlingsmuligheter. Kroppens utgangspunkt, som Leder (1990) betegner som "I can", er forstyrret. Det fører ikke til den posisjon Leder kaller "I can not" (den recessive kroppen), men til en tredje posisjon som Leder beskriver som "I no longer can". Man blir bevisst sin egen kropp i alle situasjoner, og påminnet om hva man ikke lenger kan gjøre. Relatert til Leders tenkning ser jeg det slik at Siri som levd, erfarende og reflekterende menneske, her var i en posisjon av "I no longer can". Dette gjaldt ikke i forhold til alt i hennes liv, men i forhold til en funksjon; det å være sosialt aktiv. Det hadde alltid tidligere vært en viktig del av hennes liv og hennes selvbilde.

## 6.5 Om endring

Slik ga Siri uttrykk for hvordan hun nå opplevde det å delta i sosiale sammenhenger:

*"... det er jo vanskeligere å møte seg opp og satse enn det var tidligere".* For henne ble strategien å bestemme seg for at hun ikke skulle unngå vanskelige situasjoner. Hun skulle delta i sosialt liv selv om hun noen ganger kunne oppleve sterkt ubehag ved det. Arntzen (2003) skriver om mennesker som er rammet av polio. Hun beskriver hvordan den skadede kroppsdelene får en egen plass i selvpoppfattelsen som en egen spesiell atskilt del av kroppen, underordnet og fjernet fra resten av kroppen. I følge Arntzen er en konsekvens som følger av det å bli funksjonshemmet, et endret selvbilde. Til forskjell fra en varig skade som polio medfører, er det mulig å overvinne angstproblemer. Men mange har erfart at det er noe de må lære å forholde seg til og å leve med (Berge og Repål 2005). I følge Birkler (2003) endres relasjonen til egen kropp når en opplever sykdom. Ved fysisk sykdom blir kroppen for mange et objekt: "Her er jeg, der er min kropp". Birkler skriver videre at kroppens fremmedgjørelse er helt sentralt forbundet til pasientens identitetsdannelse. En kan kanskje si at dette er overførbart til det å oppleve en psykisk funksjonsnedsettelse. Siris tendens til panikkanfall innebar at hun ikke lenger var den samme sosiale personen som tidligere.

Per ga på denne måten uttrykk for en endring i måten han så på seg selv: ”*Æ forstår at æ e syk. Æ treng hjelp. (...) Men den gangen forsto ikke æ det*”.

”Den gangen” refererte i intervjuet til Pers første innleggelse. Nå hadde han en erfaring som innebar gjentatte episoder med psykose gjennom store deler av sitt voksne liv. Han var nå blitt mer opptatt av å arbeide med sin egen tenkning gjennom samtaler med terapeut og ved hjelp av medisiner. Per uttrykte det slik at han nå forsto at hans problemer kom ”innanifra”. Dette var en annen forståelse enn den første gangen han ble psykotisk. Den gangen opplevde han at det var alt rundt ham som var årsaken til at han ble psykotisk. I intervjuet forsto jeg det han sa slik at psykosen var utenfor ham selv og hans kropp, for eksempel i skiltene som snakket direkte til ham og bokstavelig talt ledet ham, som jeg har omtalt tidligere. Det at problemene nå kommer ”innanifra”, tolker jeg slik at det handler om hans tanker og hans opplevelse av relasjoner til andre, spesielt hans nærmeste. I intervjuet sa han flere ganger at han såret sine nærmeste, noe han ikke ønsket. Men han hadde ikke ord for hva det egentlig var han gjorde mot dem. Han uttrykte det slik: ”*Det e der det stopper opp for meg*”. Birkler (2003) skriver at det er stor forskjell på å betrakte sykdommen som noe fremmed som har invadert en, og det å se seg selv værende i kroppslig ubalanse, det vil si å se sykdommen er en del av personen som lidende. En kan kanskje se dette som et bilde på Pers refleksjon over endringen som har skjedd med ham. Han kunne nå se at hans ”ubalanse” hørte til hos ham selv, og ikke utenfor ham. Det var ikke skiltene der ute, utenfor hans egen kropp, som styrte ham i bokstavelig forstand, men det kom ”innanifra”.

Som Per tidligere har fortalt, opplevde han sin tilværelse slik i en periode at han ikke ønsket å leve lenger. Senere i intervjuet fortalte han at han hadde foretatt et valg: ”*Æ valgte å ikke ta livet av mæ*”. Om hvordan han nå tenkte, fortalte han:

*”(...)... erkjennelsen av å være aleina, av å være dødelig, av kjærlighets sorg, altså alle de... og ... det å plutselig i et glimt se seg sjøl gjennom andre sine øya, som gjorde at æ et øyeblikk bestemte mæ for at ... no ... vil æ ikke leve lenger... Men klarte å ... å la være å gjøre det. ... Og etter hvert så begynne æ å finne en slags plattform å bygge videre på ... der æ e aleina, dødelig, og æ e på tross av det her, så ... det e et slags : ”Det kan ikke bli verre”. Så ska æ vel da måtte tåle det”.*

Han må tåle sin lidelse hvis han skal leve videre. Det er egentlig et valg som står mellom liv og død. Det er en erkjennelse som er smertefull. Men det er også en fortelling om endring i



fortsettelsen av en erkjennelse. Han begynner også å finne en plattform å bygge videre på. Om fortellinger i forbindelse med erfaring og endring skriver Lorem (2007) at det er et skille mellom erfaring og hendelser. Erfaring innebærer å se hendelser i sammenheng. Om endringer skriver han at de i tillegg må ha et tidsaspekt. Dermed er det naturlig å gi uttrykk for erfaring og erfaringer med endring, i kraft av fortellinger.

Dette kan illustreres med Mari som fortalte om en endring som hadde skjedd med henne etter en lang prosess i relasjon til terapeut og miljøpersonale: *"... etter hvert så ...har æ jo lært mæ å snakke. Å fortelle litt mer"*. Også Jon fortalte om en endring. Han hadde i samarbeid med avdelingen begynt et arbeid med å gradvis øke sin "radius" ved å gjøre ting på egen hånd. Han arbeidet med å øke sin trygghet og selvstendighet. Gergen (2005) betrakter selvoppfattelse ut fra et relasjonelt synspunkt. Han diskuterer selvet som en beretning som blir forståelig i de igangværende relasjoner. Han skriver at det å være et selv med en fortid og en potensiell fremtid faktisk ikke er det samme som å være en uavhengig handlende person, unik og autonom, men det er derimot å være en del av en gjensidig avhengighet.

Cullberg (2001) skriver at det arbeidet som ligger foran den som er rammet av psykose, kan synes tungt. Det er mye som skal leges. Det gjelder både relasjonene til andre og selvopplevelsen. Birkler (2003) skriver at for å kunne "finne seg selv", må personen forsone seg med sine endrede relasjoner for på den måten å kunne gjenerobre sin identitet.

Ut i fra en konstruksjonistisk tenkning diskuterer Nygård (2007) selvforståelseskonsekvenser. Han skriver blant annet om menneskets frihet til å tolke seg selv og verden på mange ulike måter. Det kan kanskje gi rom for en frigjøring hvis en har kjørt seg fast i forhold til sine omgivelser og sine medmennesker. Det kan åpne for å tenke i forandring (Nygård 2007). Jeg vil avslutte med å sitere Nygård:

*"Jeg er ikke nødt til å fortsette å se på meg selv slik jeg har gjort til denne dag"* (Nygård 2007:40).

Jeg oppfattet mine informanter slik at de alle arbeidet med sin egen selvforståelse på grunn av de negative erfaringer og opplevelser sykdommen hadde gitt dem.

## 7.0 AVSLUTTENDE TANKER

Min oppgave har problemstillingen:

”Hvilke opplevelser og erfaringer har personer som har vært psykosener eller psykotisk fra tida før og under etablering av kontakt med hjelpeapparatet”?

Etter at jeg nå har skrevet gjennom oppgaven, blir spørsmålet om jeg har svart på problemstillingen? Slik jeg bedømmer min oppgave, har jeg det, men det har vært et møysommelig og krevende, men også et interessant og givende arbeid. Det har vært opp – og nedturer gjennom hele oppgaveprosessen. Ikke minst gjelder dette i forhold til usikkerheten knyttet til om jeg ville få informanter, men også i forhold til de utfordringer jeg møtte i analyseprosessen av mine intervju. Det å få fatt på essensen i de transkriberte tekstene, det vil si det som er blitt oppgavens hovedtema, medførte en stadig vandring mellom deler og helhet i teksten. Da hovedtemaene hadde utkrystallisert seg for meg på bakgrunn av de valg jeg gjorde i analysen, måtte jeg nok en gang fordype meg i litteratur som kunne hjelpe meg å abstrahere i forhold til mine funn. Dette var nødvendig for å få fram det latente innholdet som kunne knyttes til mine funn. Om jeg har lyktes i mine bestrebelser med å få til dette, får leserne av oppgaven avgjøre. Det samme gjelder i forhold til oppgavens troverdighet, inkludert pålitelighet og overførbarhet, som tidligere omtalt. Som det fremgår av min oppgave, handlet intervjuene i stor grad om informantenes opplevelser og erfaringer av å streve alene med sine sykdomsopplevelser. Samtidig er det muligens noe allment i deres opplevelser. Med det mener jeg at i forhold til vanskelige livssituasjoner og hendelser vil mange ha erfart at de ”ikke hadde ord” og strevde alene, og at forståelsen kom i ettertid, og da gjerne gjennom samtale med andre.

Oppgavens sentrale funn er knyttet til ”det ordløse”, ”det ensomme” og til en vakkende identitetsopplevelse hos mine informanter. En bevissthet omkring dette hos behandlere og pleiere i møte med personer som er psykosener og/eller psykotiske vil forhåpentligvis kunne være med på å bedre livssituasjonen til de som er rammet.

Har jeg fått noen ny forståelse gjennom arbeidet med oppgaven? Jeg vil kanskje driste meg til å si at jeg er blitt klokere.

## LITTERATURLISTE

Addington J., Collins A., McCleery A. & Addington D. (2005) The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research* 79: 77-83.

Alvsvåg H. (2000) Menneskesynet. Fra kropsfenomenologi til skabelsesfenomenologi.

I: Alvsvåg H. og Gjengedal E. (red.) *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen, Fagbokforlaget Psykologisk forlag: 19 – 36.

Alvesson M. og Skjølberg K (1994) *Tolkning och refleksjon. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund, Studentlitteratur.

Andersen T. (1996) *Reflekterende Prosesser. Samtaler og samtaler om samtalene*. Danmark, Dansk Psykologisk Forlag.

Andersen T. (1992) Mellommenneskelige forhold, språk og forståelse. *Fokus på familien* 1: 33-43.

Arntzen C. (2003) *Kroppen og livet*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Bengtsson J. (1999) *Med livsverden som grunn*. Lund, Studentlitteratur.

Berge T. og Repål A. (2005) *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Butterworth G. (1998) A developmental – ecological perspective on Strawson`s ”the self”. *Journal of Consciousness studies* 5, NO 2: 132-140.

Cullberg J. (2001) *Psykosser. Et humanistisk og biologisk perspektiv*. Oslo, Universitetsforlaget..

Delmar C. (2000) Etikk og magt. Fra begrepsliggjørelse til sanselig oppmerksomhet .

I: Alvsvåg H. og Gjengedal E. (red.) *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen, Fagbokforlaget Psykologisk forlag: 127-139.

Fause Å. (2007) *Forpleiningen tilfredsstillende. Prisen ligeså. Sinnsykeomsorgen i Troms og Finnmark 1891-1940*. Doktorgradsavhandling for PhD-graden i helsevitenskap. Universitetet i Tromsø, Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin, Avdeling for sykepleie og helsefag.

Fog J. (1995, 2004) *Med samtalen som verktøy*. København, Akademisk Forlag.

Forman M. (ressigør) (1975) *Gjøkeredet*. Screenplay: Hauben L. og Goldman B. (etter boka: Kesey K. (1989) *Gjøkeredet*. Oslo, Pax).

Fjelland R. og Gjengedal E. (1995) *Vitenskap på egne premisser*. Oslo, Ad Notam Gyldendal.

Gergen K.J. (2005) *Virkeligheter og relasjoner. Tanker om sosiale konstruksjoner*. Danmark, Viborg, Nørhaven Bok A/S

Goffman E. (1992) *Vårt rollespill til daglig*. Oslo, Pax Forlag A/S.

Graneheim U.H. & Lundman B. (2004) *Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurses Education Today* 24, 105-112.

Green H. (1988) *Jeg lovet deg aldri en rosenhage*. Oslo, Pax Forlag A/S.

Greve A. (1999) Å tenke med fortellinger. *Norsk Litteraturvitenskapelig Tidsskrift* 2 *Universitetsforlaget*: 140- 145.

Gulddal J. og Møller M. (1999) *Hermeneutikk. En antologi om forståelse*. Danmark, Gyldendal.

Haley J. (1988) *Flytta hemifrån*. Lund, Natur och Kultur.

Harrigan S.M., McGorry P.D. & Krstev H. (2003) Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychological Medicine* 33: 97-110.

Haugsgjerd S. (1990) *Lidelsens karakter i ny psykiatri*. Oslo, Pax Forlag A/S.

Helse – og omsorgsdepartementet (1999) *Psykisk helsevernloven*.

Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Sist endret: 22. 05 2007. [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no). Tilgjengelig 25.11.08.

Helsinkideklarasjonen (1964) *Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker*. <http://www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen>. Tilgjengelig 25.11.08.

Hem E. (2005) Psykose bør behandles tidlig. *Tidsskrift Norsk Lægeforening* Nr. 2

Hyperlink: [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1131060](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1131060) : 1. Tilgjengelig 29.11.08

Hermundstad G. (1999) *Psykiatriens historie. Fra rasjonalisme til konstruksjonisme*.

Oslo, Ad Notam Gyldendal.

Hylland Eriksen T. (2004) *Små steder – store spørsmål. Innføring i sosialantropologi*. Oslo, Universitetsforlaget.

Jerlang E. (1998) Margaret Schoenberger Mahlers psykoanalytiske objekt – relasjonsteori. I: Jerlang E. (red.) *Utviklingspsykologiske teorier*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag: 106 – 127.

Jerlang E. (1998) *Ordliste*. I: Jerlang (red) *Utviklingspsykologiske teorier*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag: 338 – 362.

Kringelen E. (2005) *Psykiatri*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Kvale S. (2004) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Larsen T. K. (2000) Pasienter med psykose kommer sent til behandling. *Tidsskrift Norsk Lægeforening* nr. 12

Hyperlink: [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=35527](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=35527) : 1-2. Tilgjengelig 29.11 08

Larsen, T. K. (2002) Tidlig påvisning av schizofreni – er primærprofylakse mulig? *Tidsskrift Norsk Lægeforening* nr.20

Hyperlink: [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=586847](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=586847) :1-9. Tilgjengelig 29.11.08

Lauveng A.(2007) *I morgen var jeg alltid en løve*. Trondheim, Cappelen Forlag.

Leder D. (1990) *The absent body*. USA, Chichago and London, The University of Chicago Press.

Lindseth A. (2001) Å sanse pasientens fortelling: Å se, høre og respektere pasienten. *Kreftsykepleie* 3: 93-103.

Lorem G. (2006) *Samspill i psykisk helsearbeid*. Oslo, Cappelen Forlag.

Lundby G. (1998) Terapeutisk endring og nyskriving av livshistorier. *FOKUS* 1 (26): 3-20.

Løgstrup K. E. (2000) *Den etiske fordring*. Trondheim, Cappelen Forlag.

May R. (1971) *Eksistensiell psykologi*. Oslo, Gyldendal Norsk forlag

McGorry P.D. (1998) "A stitch in time"...the scope for preventive strategies in early psychosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 248: 22-31.

Mackrell L. & Lavander T. (2004) Peer relationships in adolescents experiencing a first episode of psychosis. *Journal of Mental Health* 13 (5): 467 – 479.

Magee B. (2005) *Filosofi*. NW. London Damm & Søn AS, Teknologisk forlag.

Malt U. F., Retterstøl N., Dahl A.A. (2003) *Lærebok i psykiatri*. Oslo, Gyldendal akademisk: 9 – 38.

Malterud K. (1996) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Aurskog, Tano Aschehoug.

Martinsen (1990) Omsorg i sykepleien- en moralsk utfordring. I: Jensen K., Engelsrud G., Lauvdal T., Løvlie L., Martinsen K., Eriksen T.R. og Rønning R. (red.) *Moderne omsorgsbilder*. Oslo, Gyldendal Norsk forlag: 61-97.

Martinsen K. (1996) *Fenomenologi og omsorg*. Otta, Tano Aschehoug.

Martinsen K. (2000) *Øyet og kallet*. Bergen, Fagbokforlaget.

Mattsson M., Lawoko S., Cullberg J., Olsson U., Hansson L. & Forsell Y. (2005) Background factors as determinants of satisfaction with care among first-episode psychosis patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40: 749-754.

Merleau-Ponty M. (1994) *Kroppens fenomenologi*. Oslo, Pax Forlag A/S.

Monsen J. (1996) *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi*. Otta, Tano A/S.

Norman R.M.G., Malla A.K., Verdi M.B., Hassall L.D. & Fazekas C. (2004) Understanding the delay in treatment for first-episode psychosis. *Psychological Medicine* 34: 255-266.

Nygård R. (2007) *Aktør eller brikke? Søkelys på menneskets selvforståelse*. Oslo, Cappelen Akademisk forlag.

Nåden D. (1999) *Når sykepleie er kunstutøvelse*. Oslo, Universitetsforlaget AS.

O'Brien M., Gordon J.L., Bearden C.E., Lopez R., Kopelowichz A., Cannon T.D. (2006) Positive environment predicts improvement in symptoms and social functioning among adolescents at imminent risk for onset of psychosis. *Schizophrenia Research* 81: 269-275.

Obsfelder S. (1972) *Jeg ser. Samlede dikt*. Oslo, Gyldendal Norsk forlag.

Saks E. (2007) *The Center can not hold*. New York, Hyperion.

Seikkula J. (2000) *Åpne samtaler*. Otta, Tano Aschehoug.

Skjervheim, H. (2001) *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo, Ide og tanke, Aschehoug

Skumsnes A. (1999) Å fortelle om sitt liv. *Embla* 4: 42-47.

Strand L (1990) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Aurskog, Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen, Fagbokforlaget,.



Vetlesen A J (2004) *Smerte*. Lysaker, Dinamo Forlag.

Warner R.(2005) Problems with early and very early intervention in psychosis. *British journal of psychiatry* 187:104-107.

Wedel – Brandt B. (1998) Om utviklingsbegrepet . I: Jerlang E. (red.) *Utviklingspsykologiske teorier*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag: 13- 31.

Wifstad, Å. (1997) *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse*. Otta, Tano Aschehoug.

Woods S. (2000). Persons and personal identity. *Nursing Philosophy* 1: 169 – 172.

**Intervjuguide.**

Mitt fokus i intervjuene vil være på noen hovedspørsmål:

- Hvordan opplevde du din situasjon på den tiden behandleren/behandlerne begynte å ta kontakt?
- Hva var det som gjorde at du i begynnelsen ikke ønsket kontakt med behandleren/behandlerne?

Hva var det som gjorde at du ville begynne å snakke med behandleren/behandlerne?

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Jeg heter Hanna Nyvoll, er psykiatrisk sykepleier og er for tiden student ved Mastergradsstudiet i helsefag, Avdeling for sykepleie og helsefag, Universitetet i Tromsø. Som en del av studiet skal jeg skrive en mastergradsoppgave. I den forbindelse ønsker jeg å intervju personer om opplevelser og erfaringer tilknyttet alvorlig psykisk krise av den typen som kalles psykose eller psykosener tilstand, og som i utgangspunktet ikke ønsket kontakt med psykiatrisk helsepersonell. Det jeg ønsker å få innsikt i, er hva som har gjort at de har endret sin innstilling, og har begynt å delta i behandlingssamtaler med psykiatrisk helsepersonell, og eventuelt mottatt annen behandling som har blitt vurdert som aktuell. Bakgrunnen for at jeg ønsker å forske på dette området, er at jeg anser det som viktig at helsepersonell får innsikt i og forståelse for hva personene selv opplever som sentralt for at kontakt med psykiatrisk helsepersonell skal kunne bli etablert, og da på en god måte. Problemstillingen for min mastergradsoppgave er:

***Hva har personer som har opplevd psykose eller psykosener tilstand, og som i utgangspunktet ikke ønsket hjelp, opplevd som viktig for å endre sin innstilling til å ta i mot hjelp?***

Henvendelsen som du nå mottar er en forespørsel om du vil delta i dette prosjektet ved at jeg kan få lov til å intervju deg. Intervjuet vil ha form som en samtale. Intervjuet vil sannsynligvis vare 1- 2 timer, og vil bli tatt opp på lydbånd og skrevet ut ordrett, slik at lydbåndopptaket også vil foreligge som tekst. Det kan bli aktuelt å be deg om et oppfølgingsintervju.

Jeg vil ikke få kjennskap til hvem du er før du eventuelt selv sender vedlagt samtykkeerklæring tilbake til meg. Deltakelse i forskningsprosjektet er frivillig. Avslag må ikke begrunnes, og det vil ikke få negative konsekvenser for ditt eventuelle behandlingstilbud.

Du kan trekke deg når som helst fra prosjektet uten å oppgi noen grunn for dette.

Opplysninger du har gitt, vil da bli slettet. Jeg vil forsikre deg om at jeg ikke kommer til å ha tilgang til noen opplysninger som eksisterer om deg i behandlingssystemet.

Opplysninger du gir meg under intervjuet og som benyttes av meg i mastergradsoppgaven, blir behandlet konfidensielt, slik at de ikke kan tilbakeføres til deg som person.

Lydbåndopptak vil bli utskrevet i sin helhet, og utskrevne tekster fra opptakene vil bli oppbevart i låsbart skap. De vil ikke inneholde navn og direkte personopplysninger, men være merket med nummer. Navneliste som knytter navn til nummer, vil oppbevares atskilt i et annet låsbart skap. Det er kun jeg som vil ha tilgang til navnelister.

Min veileder er førsteamanuensis Hans Ketil Normann, Avdeling for sykepleie og helsefag, Universitetet i Tromsø, tlf. nr. 77644656. Det kan være nødvendig for meg å få veiledning i arbeidet med tekster på bakgrunn av lydbåndopptak. I den forbindelse kan det være aktuelt at min veileder får tilgang til deler av tekster fra lydbåndopptak, men han vil ikke få kjennskap til din identitet. Alle lydbåndopptak og alle tekster utskrevet på bakgrunn av lydbåndopptakene vil bli slettet i sin helhet innen 31.12.08.

Forespørselen til deg har gjennomgått følgende prosedyre: Jeg har henvendt meg skriftlig til ledelsen ved Allmennpsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset i Tromsø (UNN) og bedt om tillatelse til å få intervju 3-5 pasienter som har eller har hatt tilknytning til avdelingen.

Forespørselen var vedlagt prosjektbeskrivelsen for mastergradsoppgaven. Jeg har bedt avdelingsledelsen om å videreformidle min henvendelse om mitt mastergradsprosjekt til behandlerne i avdelingen slik at de kunne forespørre pasienter som er aktuelle for meg å kunne intervju. Det er derfor du mottar denne henvendelsen fra din behandler. Det er viktig at du leser innholdet i min henvendelse nøye før du bestemmer deg for om du vil delta i mitt prosjekt eller ikke. Bruk gjerne betenkningstid. Om du har behov for nærmere opplysninger om prosjektet, kan både min veileder og jeg kontaktes. Dersom du etter å ha satt deg grundig inn i henvendelsen, velger å si "ja" til min forespørsel om deltakelse, returnerer du forespørselen med signert/underskrevet samtykkeerklæring. Vedlagt følger ferdig påskrevet

og frankert svarkonvolutt som du kan returnere dette i. Du får to eksemplarer av forespørselen/samtykkeerklæringen slik at du kan beholde en selv. Dersom jeg mottar en signert samtykkeerklæring i retur fra deg, vil jeg ta kontakt med deg pr. telefon for nærmere samtale og avtale om intervju. Jeg ber om at dersom du ønsker å delta i prosjektet, returnerer du ett signert eksemplar av informasjonsskriv/samtykkeerklæring innen 10 dager etter at du har mottatt dette.

Etter planen skal jeg fullføre min mastergradsoppgave i løpet av 2007. Dersom du ønsker det, kan du bli informert om prosjektets konklusjoner når dette er avsluttet. Dette kan vi avtale nærmere når vi møtes.

Det presiseres at mitt prosjekt er vurdert av Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Med vennlig hilsen

Hanna Nyvoll

Mastergradsstudent i helsefag

Tlf. 93049091

**Returneres til mastergradsstudent.**

**Samtykkeerklæring.**

Jeg har lest informasjonen om prosjektet og samtykker i å delta.

Signatur:

Sted/Dato:

Tlf.:

Adresse:

Tromsø 19 06 06

Overlege Magnus Hald

Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy

Forespørsel om å få gjennomføre en intervjuundersøkelse i forbindelse med mastergradsoppgave.

Jeg er psykiatrisk sykepleier og student ved Mastergradsstudiet i Helsefag, Universitetet i Tromsø. Høsten –06 skal jeg begynne på min mastergradsoppgave som jeg håper å være ferdig med våren –07.

I den forbindelse ber jeg om tillatelse til å få intervju 3 – 5 pasienter med tilknytning til Akutteamet, Psykiatrisk Senter for Tromsø og Karlsøy.

Min problemstilling for mastergradsoppgaven er:

Hva har personer som har opplevd psykose eller psykosenær tilstand for første gang, og som i utgangspunktet ikke ønsket hjelp, opplevd som viktig for å endre sin innstilling til å ta i mot hjelp?

Jeg vil benytte meg av kvalitativ metode hvor jeg ønsker å få de opplysninger personen selv gir gjennom intervju. Jeg ønsker ikke tilgang til pasientjournal, eller opplysninger om informantene fra behandlerne.

Som informanter søker jeg pasienter som har opplevd psykose eller psykosenær tilstand for første gang, men som nå er ute av psykotisk fase. Jeg søker pasienter som primærlege og pårørende var bekymret for, som selv i utgangspunktet ikke ønsket kontakt med helsevesenet, men som har endret sin innstilling til å ta i mot hjelp. Mine overordnede spørsmål til informantene vil dreie seg om hvordan de opplevde sin situasjon på det tidspunkt behandlere begynte å ta kontakt, hva som gjorde at de i begynnelsen ikke ønsket kontakt, og hva som gjorde at de endret sin innstilling. I forhold til de overordnede spørsmålene, vil jeg vektlegge at informantene får snakke fritt. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd. Personvern vil bli ivaretatt i henhold til gjeldende lover, og prosjektet har vært til vurdering i Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Nord – Norge (REK Nord) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Det vil bli presisert overfor mulige informanter at deltagelse i prosjektet er frivillig, og at de kan trekke seg fra prosjektet uten noen form for begrunnelse uten at det skal få noen negative konsekvenser for dem i forhold til et eventuelt behandlingsopplegg.

Hvis jeg får tillatelse til å gjennomføre intervjuundersøkelsen, vil jeg be deg forespørre behandlere i Akutteamet om å forespørre pasienter som er aktuelle i forhold til min problemstilling. Jeg vil også be om at behandlerne spør de aktuelle pasientene om jeg kan få møte dem for å gi skriftlig informasjon og eventuelt innhente skriftlig samtykkeerklæring.

Med hilsen

Hanna Nyvoll

Vårlivn 19

9012 Tromsø

tlf 93049091

Vedlagt følger prosjektbeskrivelse for mastergradsoppgave.

Avdelingsledelsen ved  
Allmennpsykiatrisk avdeling  
Boks 6124, 9291 Tromsø

Forespørsel om å få gjennomføre en intervjuundersøkelse i forbindelse med mastergradsoppgave i helsefag ved Universitetet i Tromsø.

Jeg er psykiatrisk sykepleier og student ved Mastergradsstudiet i Helsefag, Avdeling for sykepleie og helsefag, Universitetet i Tromsø. Denne høsten skal jeg begynne på arbeidet med min mastergradsoppgave som jeg etter planen skal være ferdig med i løpet av 2007.

I den forbindelse ber jeg om tillatelse til å få intervju 3 – 5 pasienter med tilknytning til Allmennpsykiatrisk avdeling, UNN.

Min problemstilling for mastergradsoppgaven er:

*Hva har personer som har opplevd psykose eller psykosenær tilstand, og som i utgangspunktet ikke ønsker hjelp, opplevd som viktig for å endre sin innstilling til å ta i mot hjelp?*

Jeg ønsker ikke tilgang til pasientjournaler eller opplysninger om informantene fra behandlerne.

Som informanter søker jeg pasienter som har opplevd psykose eller psykosenær tilstand, men som nå er ute av psykotisk fase. Jeg søker pasienter som primærlege og pårørende var bekymret for, som selv i utgangspunktet ikke ønsket kontakt med helsevesenet, men som har endret sin innstilling til å ta i mot hjelp. Mine overordnede spørsmål til informantene vil dreie



seg om hvordan de opplevde sin situasjon på det tidspunktet behandlerne begynte å ta kontakt, hva som gjorde at de i begynnelsen ikke ønsket kontakt og hva som gjorde at de endret sin innstilling. I forhold til de overordnede spørsmålene, vil jeg vektlegge at informantene får snakke mest mulig fritt. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd og skrevet ut ordrett som tekster, og vil gi grunnlag for en kvalitativ analyse og tolkning. Personvern vil bli ivaretatt i henhold til gjeldende lover, og prosjektet har vært til vurdering i Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Nord – Norge (REK Nord) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Det vil bli presisert overfor mulige informanter at deltakelse i prosjektet er frivillig, at de kan trekke seg fra prosjektet uten noen form for begrunnelse og uten at det skal få noen negative konsekvenser for dem i forhold til et eventuelt behandlingsopplegg.

Hvis jeg får tillatelse til å gjennomføre intervjuundersøkelsen, vil jeg be deg forespørre behandlere i Allmennpsykiatrisk avdeling om å formidle min henvendelse til pasienter som er aktuelle i forhold til min problemstilling. Jeg vil presisere at forespørselen til pasientene om deltakelse i mitt prosjekt ikke må innhentes i en konsultasjons-/behandlingssituasjon og at pasienten må få betenkningstid før vedkommende avgir et eventuelt samtykke. Jeg finner det rimelig at pasientene får en svarfrist på 10 dager fra de mottar informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen. Pasientene vil gi svar direkte til meg om de vil delta i prosjektet eller ikke. (Se for øvrig vedlagte informasjonsskriv/samtykkeerklæring). Dette fremgår av informasjonsskrivet som sendes til de forespurte pasientene. Dersom det viser seg at jeg ved første henvendelse kun mottar svar fra for eksempel to av fem pasienter, vil jeg be om at tre nye pasienter kontaktes. Det skal ikke leveres ut flere forespørsler enn det antallet jeg mangler i prosjektet.

Ta gjerne kontakt med meg dersom det ønskes ytterligere opplysninger.

Med hilsen

Hanna Nyvoll

Vårlivn 19

9012 Tromsø

tlf 93049091

Hanna Nyvoll  
Vårlivegen 19  
9012 TROMSØ

Deres ref.:

Vår ref.: 200604163-7/MRO/400

Dato: 20.11.2006

**P-REK NORD 85/2006 - HVA HAR PERSONER SOM HAR OPPLEVD PSYKOSE  
ELLER PSYKOSENÆR TILSTAND FOR FØRSTE GANG, OG SOM I  
UTGANGSPUNKTET IKKE ØNSKET HJELP, OPPLEVD SOM VIKTIG FOR Å  
ENDRE SIN INNSTILLING TIL Å TA I MOT HJELP? - SLUTTIVURDERING -  
KOMITEEN HAR INGEN INNVENDINGER MOT AT PROSJEKTET  
GJENNOMFØRES**

Vi viser til prosjektleders brev, senest av 06.11.200.

Prosjektleders tilbakemelding på komiteens merknader til prosjektet i møte 31.08.2006  
tas til etterretning.

Komiteen ber om å få tilsendt en ny versjon av forespørsel hvor det fremgår at lydbånd og  
tekster utskrevet på grunnlag av disse, vil slettes senest ved utgangen av 2008.

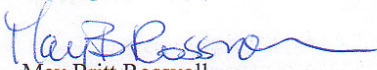
*Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) har ingen  
innvendinger mot at prosjektet gjennomføres.*

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

Det forutsettes at prosjektet foreligger 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

  
May Britt Rossvoll  
førstekonsulent

Kopi: Hans Ketil Normann, ASH/IKM/MH, 9037 Tromsø

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

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord  
Universitetet i Tromsø, No-9037 Tromsø, tlf 77 64 40 00, e-post postmottak@uit.no, http://uit.no  
førstekonsulent May Britt Rossvoll, tlf 77 64 48 76, faks , e-post May.Rossvoll@fagmed.uit.no

# De regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk Skjema for protokolltillegg og endringer

Vedlegg nr 6  
side 1 av 2

Dette skjema skal benyttes for alle endringer som ønskes gjort etter at et prosjekt er tilrådd.  
Relevante dokumenter vedlegges.

## 1. Tittel og prosjektnummer

Forskningsprosjektets tittel og prosjektnummer hos REK

P Rek Nord 85/2006

## 2. Prosjektleder

Navn:

Hva har personer som har opplevd psykose eller psykosener tilstand for første gang, og som i utgangspunktet ikke ønsket hjelp, opplevd som viktig for å endre sin innstilling til å motta hjelp?

## 3. Endring/tillegg

Hva består endring eller tillegg av:

Endring av tittel: Hva har personer som har opplevd psykose eller psykosener tilstand, og som i utgangspunktet ikke ønsket hjelp, opplevd som viktig for å endre sin innstilling til å motta hjelp?

## 4. Begrunnelse

Hva er grunnen til ønsket endring/tillegg:

Det har vist seg vanskelig å få rekrutert informanter som bare en gang har hatt en psykose eller psykosener tilstand. I følge behandlerne som har kontaktet potensielle informanter for meg, har det vist seg at det å endre en negativ innstilling til en positiv innstilling til behandling, ofte har gått gjennom en prosess med flere episoder med psykoser og eventuelle innleggelser. Jeg fjerner derfor "for første gang" i problemstilling/tittel, men jeg ønsker i intervjuene å holde fast ved å få frem informantenes opplevelser og erfaringer ved første gangs psykose eller psykosener tilstand i møte med hjelpeapparatet. Dette til tross for at kanskje flere av pasientene som blir rekrutert til mitt prosjekt, har hatt flere episoder med psykose eller psykosener tilstander. Første gangs psykose er derfor en terminologi som fortsatt nevnes i min prosjektbeskrivelse. Dersom innstillingen til hjelpeapparatet har endret seg positivt gjennom flere innleggelser/behandlingsmøter, vil jeg selvsagt også fokusere på dette.

## 5. Etisk vurdering

Prosjektleders etiske vurdering av endring/tillegg:

De endringer som er gjort i prosjektbeskrivelsen med tanke på rekruttering av informanter og deres aldersgruppe, mener jeg ikke skal få noen konsekvenser for de etiske vurderinger som må ligge til grunn for gjennomføringen av prosjektet.

### Region Øst:

Regional komité for  
medisinsk forskningsetikk  
Postadresse: PB 1130,  
Blindern, 0318 Oslo  
Besøksadresse: Frederik  
Holsts Hus/ Ullevål terrasse  
Ullevål sykehus  
Telefon: 22 84 46 67  
Faks: 22 84 46 61

E-post:

i.s.nyquist@medisin.uio.no

### Region Sør:

Regional komité for  
medisinsk forskningsetikk  
Postadresse: PB 1130,  
Blindern, 0318 Oslo  
Besøksadresse: Frederik  
Holsts Hus/ Ullevål terrasse  
Ullevål sykehus  
Telefon: 22 84 46 66  
Faks: 22 84 46 61

E-post:

rek-2@medisin.uio.no

### Region Vest:

Regional komité for  
medisinsk forskningsetikk  
Postadresse: Universitetet i  
Bergen, Det medisinske  
fakultet, PB 7800,  
5020 Bergen  
Besøksadresse:  
Harald Hårfagresgate 1,  
5007 Bergen  
Telefon: 55 58 20 84  
Faks: 55 58 96 82

E-post: rek-3@uib.no

### Region Midt-Norge:

Regional komité for  
medisinsk forskningsetikk  
Postadresse: Kreftbygget 5. etg  
St. Olavs Hospital,  
Universitetssykehuset i Trondheim  
7006 Trondheim  
Besøksadresse:  
Kreftbygget 5.etg, St.Olavs Hospital  
Telefon: 73 86 71 52 / 73 86 97 49  
Faks: 73867289

E-post: rek-4@medisin.ntnu.no

### Region Nord-Norge:

Regional komité for  
medisinsk forskningsetikk  
Postadresse:  
Universitetet i Tromsø  
Det medisinske fakultet  
9037 Tromsø  
Besøksadresse:  
MH-bygget, Breivika  
Telefon: 77 64 48 76/  
77 64 46 01  
Faks: 77 64 53 00

E-post:

rek-nord@fagmed.uit.no

Nettside for skjema og veiledning: <http://www.etikkom.no/REK>

6. Informert samtykke

Dersom endring/tillegg medfører ny/endret forespørsel/samtykkeerklæring vedlegges denne:

Ny forespørsel/samtykkeerklæring

7. Andre kommentarer

Side 8 i prosjektbeskrivelsen:

Under punktet "4.1 Informanter" er de to første setninger her endret fra: "Til oppgaven søker jeg informanter som er pasienter mellom 18 og 30 år i voksenpsykiatrien. Aldersgruppe er valgt ut i fra at de fleste som opplever psykose eller psykosenær tilstand for første gang, tilhører denne aldersgruppen". Endringer: Setning nr 2 her er strøket. Setning nr. 1 er endret til: "Til oppgaven søker jeg informanter som er pasienter i voksenpsykiatrien".

Begrunnelse for endring: Siden jeg nå også vil intervju personer som har hatt flere episoder med psykose eller psykosenær tilstand, vil det være sannsynlig at de vil variere mer i alder enn fra 18 til 30 år.

8. Underskrift

Sted:

*Trondheim*

Dato:

*25.01.07*

Prosjektleders underskrift:

*Hans Kårl Nommann*

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hans Ketil Normann  
Avdeling for sykepleie og helsefag  
Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Tromsø  
Breivika  
9037 TROMSØ

Harald Hårtages 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

Vår dato: 07.09.2006

Vår ref: 15069/SM

Deres dato:

Deres ref:

**TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.07.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15069

*Hva har personer som har opplevd psykose eller psykosenær tilstand for første gang, og som i utgangspunktet ikke ønsket hjelp, opplevd som viktig for å endre sin innstilling til å ta i mot hjelp?*

Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student

Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder  
Hans Ketil Normann  
Hanna Nyvoll

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

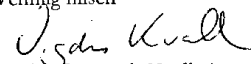
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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/endrings skjema>. 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, 30.06.2007 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Siv Midthassel @ NSD.UIB.NO

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Hanna Nyvoll, Vårliveien 19, 9012 TROMSØ

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@svt.uib.no](mailto:nsdmaa@svt.uib.no)



## Personvernombudet for forskning, NSD

### Prosjektvurdering - Kommentar

---

15069

Ombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende under forutsening av at følgende opplysninger fremgår:

- navn på veileder
- tid for prosjektslutt (tidfest når datamaterialet anonymiseres)
- at prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Ombudet ber om at revidert informasjonsskriv ettersendes.

Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår, navneliste/koblingsnøkkel, transkripsjoner, samtykkeerklæring og opptak slettes. Prosjektslutt er satt til 30.06.2007.

**Personvernombudet** legger til grunn at prosjektet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk før datainnsamling starter og ber prosjektleder ettersende kopi av tilråding når denne foreligger.