

FRA GJENSTAND TIL MEDBORGER

- Myndiggjøring av personen via bekreftelse, dialog, felles virkelighetsforståelse og personlig narrativ i bedring fra alvorlig psykisk lidelse

Leif Jonny Mandelid

Sammendrag

Utvikling av en personlig narrativ og felles virkelighetsforståelse synes å være iboende elementer i bedring fra alvorlig psykisk lidelse. Dette kan fasiliteres gjennom bekreftelse og dialog. I motsatt fall risikerer personen å bli innestengt i rollen som syk gjennom holdninger og praksis forankret i tradisjonell og sykeliggjørende deskriptiv psykiatri. Det er derfor en utfordring å finne måter å myndiggjøre personen på. Dette kan skje ved å bekrefte personens væren i verden, slik at personen kan oppdage og utvikle en følelse av et aktivt selv og danne seg en personlig historie eller identitet på det grunnlaget at sykdommen kun utgjør en del av selvet. Dette gjøres ved å betrakte personen som en kompetent partner i administrasjonen av eget liv; sykdom og funksjonssvikt inkludert. Til det trengs møter med hjelpere som ser personen og praktiserer dialog og radikalt samarbeid. Målet er ut over

dette å etablere en felles virkelighetsforståelse, eller common sense, slik at personen kan forstå og gjøre seg forstått overfor andre. En slik praksis er forankret i hverdagslig språk og aktiviteter, og derfor lett å overse av teoripåvirkede profesjonelle observatører.

Innledning

Kombinasjonen av et bedringsperspektiv og brukermedvirkning kan være et utviklingspotensial i framtidens psykiske helsevern. Her skisseres hva dette kan innebære i miljø- og individualterapeutisk praksis, gjennom strategier som bekreftelse og dialog. Blankenburg (2007) belyser det essensielle i slike prosesser med sin framstilling av framprovosering av personen i psykoterapeutiske samtaler:

”Til syvende og sist ligger det anti-terapeutiske og dermed det inhumane ved den klassiske psykiatrisk-diagnostiske innstillingen ikke så

mye i det provokative, (... men...) i at det som framprovoseres nesten utelukkende er det patologiske og mangelfulle; (...)et skjult minus, symptomer på sykdom. Det provokative i (...) samtalen fikk et ganske annet ansikt dersom vi i samme grad utviklet metoder til provokativt å fristille og bringe til gyldighet det skjulte intakte ved personligheten; latente muligheter, evner og tilfriskningspotensialer. (...) Det gjelder å provosere fram personen selv, dens ennå ulevde liv". (Side 143, egne forkortelser i parenteser).

Både i miljøterapi og individuell psykoterapi vil det være et viktig siktemål at brukers stemme høres i den daglige samtalen. Det foreligger imidlertid få tekster som fokuserer på hvordan holdningene som knytter seg til brukermedvirkning og myndiggjøring kan arbeides med gjennom måter å se og bekrefte brukeren på i samtalen på avdelingen. Larry Davidsons bok (2003) om et liv på utsiden av mental sykdom er imidlertid et steg i denne retningen, likeledes en del artikler han har skrevet sammen med kolleger. I Skandinavia har blant annet Alain Topor (2002) og Marit Borg (2007) de siste ti årene kastet lys over hva brukerne selv opplever som befordrende for bedring. Dette gjelder blant annet hvilke egenskaper som kjennetegner de hjelperne som bi-

drar til myndiggjøring av mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

Med alvorlige psykiske lidelser mener jeg i denne sammenhengen det vi kaller selvforstyrrelser eller forstyrrelser i schizofrenispekteret. Disse har som vesentlige fellestrekk at personens opplevelse av handlekraft, identitet og autentisk eksistens er uutviklet, svekket eller falt bort i personens opplevelse av væren i verden. Personens opplevelse kan kanskje karakteriseres som å være et sett med sansorganer uten fastere forankring i en selvopplevelse definert i tid og rom. Opplevelsesmessig kaos og forvirring bidrar til intens trang til lukking rundt en mening som "forklarer" opplevelsene. Dette gjør personen paradoksalt nok både svært utilgjengelig og svært tilgjengelig for ytre påført meningsdannelse. Straks en meningsdannelse er etablert, blir det ofte svært skremmende å skulle modifisere den. En hovedutfordring blir derfor etablering av en identitet basert på intersubjektiv konsensus gjennom dialog med andre. Det dreier seg om personer som har som hovedutfordring det å formidle sin blotte væren i verden, så vel i forhold til seg selv som til andre.

Vi kan kanskje si at både miljøpersonalets og individualterapeutens utfordring er å sørge for at slike personers opplevelse av eksistens ikke

utviskes, men synliggjøres. En sentral del av vår praksis som terapeuter blir rett og slett å tillate den andre eksistens. Hans Skjervheim (1976) viser hvordan det kan gjøres ved å unngå objektifisering av den andre, gjennom invitasjon til en treleddet dialog. Målet med psykoterapi bør være noe annet enn administrasjon av den andre (tvang, pasientflyt, manipulasjon) eller opplæring (psykoedukasjon), snarere en dialog som åpner for at to subjekter kan oppdage sin subjektivitet og på det grunnlaget utvikle en konsensus (common sense). En vanlig trussel mot personens handlekraft og identitet er avgjørelser og handlinger som foretas utenfor vedkommendes egne intensjoner (Roe & Davidson, 2005). Psykososial behandling kan mangle legitim forankring både i medisin og jus (Foucault, 2003). Da er det terapeutens oppgave verken å ”kurere” personen eller ”beskytte” samfunnet mot vedkommende, men å hjelpe til å forstå og bli forstått. Gjensidig forståelse krymper angstens og moralismens tyranni hos begge parter. Mange personer med alvorlige psykiske lidelser lider mer enn nødvendig, rett og slett fordi vi som behandlere forsøker å kontrollere noe vi opplever som moralsk forkastelig, personlig krenkende, politisk ukorrekt eller rett og slett ubegripelig, som om det var uttrykk for sykdom eller kriminalitet. Hva

kan vi som terapeuter, hjelpere og pårørende gjøre for å unngå dette i daglig praksis?

Hva menes med bedring?

Bedring (recovery) er en personlig prosess. En individuell prosess som ikke fullt ut kan bygge på vitenskapelige funn fra gruppedata eller fagfolks perspektiver. Fagfolk bør derfor ta til seg den individuelle brukers erfaringer og prioriteringer. Dette er en holdning til endring som i større grad vektlegger alt bruker og hjelper kommer fram til i fellesskap, enn på forhånd oppstilte prosedyrer, manualer eller teknikker (Topor, 2006). Bedring er den samlede effekten av brukers ressurser og initiativ i møtet med mennesker og tiltak som bidrar til håp og engasjement hos vedkommende, såkalt bedringsorienterte hjelpere (Borg & Kristiansen, 2004; Borg og Topor, 2003; Duncan & Sparks, 2008). Bedringsorientering hefter ikke ved spesifikke profesjoner. Funn fra psykoterapiforskningen viser at resultater i psykoterapi kan tilbakeføres til ressurser pasienten selv har med seg inn i terapien i kombinasjon med parets evne til å etablere en relasjon. Oversiktstudier estimerer fellesfaktorer knyttet til person og relasjon til å forklare rundt 70 % av variansen i resultatet av psykoterapi. Håp og tro på ritualer fra begge parter forklarer omtrent 15 %.

Spesifikke teknikker knyttet til bestemte psykoterapeutiske skoleretninger ser ut til å forklare de siste femten prosentene, og medieres trolig av nevnte fellesfaktorer (Mandelid, 2003; Norcross, 2002; Wampold, 2001). Bedring skjer dessuten i stor grad gjennom aktiviteter som er meningsfulle for brukeren og innebærer utvidet delaktighet i alminnelige sosiale roller; ved å bli betraktet som en person det går an å regne med. Det er viktig for brukere i bedring å erfare at de selv har meningsfulle ting å tilby andre (Topor, 2002). Sett i et slikt perspektiv, viser de siste tretti års forskning at rundt halvparten av personer som innfrir kriteriene til en schizofrenidiagnose opplever betydelig, om ikke full bedring (Roe & Davidson, 2005). Hjelperne bør ha blick for strategier som mennesker med alvorlige psykiske lidelser selv benytter seg av i hverdagslivet, for å håndtere utfordringen lidelsen medfører. Disse er ofte svært konkrete, ”banale” og vanskelig å se og bekrefte for fagfolk som lett siler observasjonene og vurderingene sine gjennom abstrakte og patologiserende metateorier og modeller. Sells, Stayner og Davidson (2004) beskriver kompromissdannelser i forhold til deltakelse i ”normalt” dagligliv. For eksempel å tangere offentlige steder på en måte som innebærer opplevelse av bevegelse og endring,

samtidig som det åpner for mulighet til å nærme seg andre på en trygg og uforpliktende måte. Språklige taktikker brukes også, for å omarbeide patologiserende og demoraliserende måter å omtale seg selv på til mer aktive, positive og håpefulle. En person gikk for eksempel fra å omtale seg selv som en ”lat” person og til en person som har ”god evne til å slappe av, ikke ta livet så tungt”. Corin og Lauzon (1994) studerte narrative til personer med alvorlige psykiske lidelser men lav innlegelsesfrekvens. De fant at positiv tilbaketrekning ofte ga tre typiske utfall: En omskrivning av personens historie og opplevelse av identitet; konstruering av et mellommenneskelig felt og; utarbeiding av en personlig posisjon i verden. Dersom vi antar at de alvorligste psykiske lidelsene nettopp er selvforstyrrelser (Sass & Parnas, 2003) vil blick for og bekreftelse av slike utviklinger hos personen være av største terapeutiske betydning som en spillig av personens væren i verden. Vi kan bidra til at vedkommende oppdager sin plass i tid og rom, sin vilje og handlekraft, sin subjektivitet i form av tolkninger og valg, common sense ved å forstå og bli forstått, samt en sammenhengende og autentisk historie.

Bedring innebærer et nytt syn på selvet, hvor mental sykdom begren-

ses til en del av opplevelsen av selvet (Davidson, 2003). Det krever to komplementære prosesser: På den ene siden å gjenvinne selvrespekt og kontroll over eget liv ved å ta i bruk deler av selvet som aktiv agent gjennom å gjøre valg og ta risikoer. Det skjer i møter med andre som har tro på vedkommende. På den andre siden ved å integrere sykdommen som en del av selvet, gjennom tilpasning til lidelsens begrensning på livsutfoldelsen og administrasjon av symptomer. Roe & Davidson oppsummerer dette slik: ”(...)denne prosessen genererer to måter å snakke om selv og sykdom på: Normaliserende snakking, som bestriker tilskrivelsen av sykdom og omskriver tilstanden som vanlig forekommende (...), og utsagn som fastslår sykdomsidentitet, inkludert selvrepresentasjoner som inkorporerer sykdommen” (2005, s. 92. Egne forkortelser i parentes). Å bli frisk er ikke et nødvendig mål på bedring. Derimot er det å bli styrket som person og medborger alltid et iboende mål (Bergem & Ekeland, 2006).

Dette betyr at den deskriptive psykiatriens tradisjonelle paternalisme og sykdomsmodell bør erstattes av en mer kontekstuell forståelse av funksjonssvikt ved psykiske lidelser. Det er nødvendig med ”(...)fokusering på personens aktive forsøk på

å gjenvinne og styrke en effektiv opplevelse av selv og en samlet livsnarrativ, snarere enn å dvele ved det faktum at disse har gått tapt i sykdommen” (Roe & Davidson, 2005, s. 93. Egen forkortelse i parentes). Omfanget av individets funksjonssvikt betinges av andres holdninger. Bedring av individets funksjonsevne krever derfor relasjonelle løsninger, hvor begge parter må endre seg i prosessen. Løsningen ligger ikke i å kontrollere og forandre på den syke, eller at bare den syke endrer seg. Hjelperne bør forlate en patologiserende diskurs med overdrevet fokus på symptomer og funksjonssvikt, som kan føre til at pasienten identifiserer seg helt med rollen som syk. Likeledes bør anti-psykiatriens romantiserende diskurs med benekting av sykdommens realiteter forkastes. Framtidens psykiske helsevern bør ivareta to komplementære diskurser: En normaliserende og myndiggjørende diskurs hvor personen med en psykisk lidelse bekreftes som aktiv agent i administrasjonen av sitt eget liv. Komplementært til den normaliserende diskursen trengs en sykdomsdiskurs, hvor symptomer og funksjonssvikt tas på alvor, som betydningsfulle faktorer i personens liv. Opplevelse av personlig verdi og kompetanse vil da kunne nære håp og selvrespekt, og motvirke avmakt og sykeliggjøring (Deegan, 1993).

Konsekvenser for organisering og praktisering av psykisk helsevern: Økt brukermedvirkning

Bedringsorientert helsevern satser mest mulig på samarbeid med personer med psykiske lidelser og deres pårørende, og minst mulig på administrering, styring og tvang. Det innebærer også anerkjennelse av brukerens personlige kompetanse i det å ha en psykisk lidelse, som likestilt med fagfolks kompetanse. Brukeren betraktes som en likeverdig bidragsyter til sitt eget behandlingsopplegg. Brukere gis også plass som fullt lønnede rådgivere og medarbeidere i psykisk helsevern. Mange av prinsippene for gjensidig hjelp mellom likemenn importeres fra frivillig innsats, til å bli en integrert del av lønnet psykisk helsearbeid. Hensikten er å sikre ekte dialog og vekstfremmende møter mellom bruker og hjelper. Klinisk erfaring viser at dialog gir allianse og at allianse gjør terapi og bedring mulig (Amador, 2007).

Brukermedvirkning er heller ikke en ny teknikk, men et perspektiv; en holdning til praksis som gjør bedring mulig. Det er en måte å praktisere ulike typer hjelp og støtte i mange sammenhenger, slik at brukeren opplever hjelpen som tilbys meningsfull, akseptabel og nyttig. Det legger forholdene til rette for vekst og myndiggjøring, som mot-

sats til sykelliggjøring og stakkarsliggjøring. Bedring forutsetter at bruker innrømmes plass som leverandør av nødvendig kunnskap i en gjensidig læringsprosess eller byttehandel i klinikk, familieliv, arbeid og på andre sosiale arenaer. Ikke minst fagfolk lærer hele tiden av den individuelle brukeren, og bør fortløpende innrømme det. Håpløshet og selvforkastelse kan slik erstattes av håp og selvrespekt, viktige opplevelser uavhengig av symptomer og lidelsestrykk for øvrig. Konkret vil dette blant annet innebære tiltak som i størst mulig grad bekrefter personens friske selv, som grunnlag for å integrere lidelsen. Terapi bør ta utgangspunkt i personens egen problemforståelse og bedringsstrategi. Kontakt bør bygge på radikalt samarbeid (Chadwick, 2009; Levander, 2007). Det vil si at hjelpers forhåndsoppfatninger om hva som er til hjelp for bruker, ikke blir til hinder for samarbeidet med bruker. Tilstrekkelige og meningsfulle relasjoner mellom bruker og støttespillere bør sikres, selv om bruker ønsker å støtte seg på hjelper på en annen måte enn hjelper i utgangspunktet hadde sett for seg.

Gevinster for bruker og samfunn

Bedringsperspektivet og brukermedvirkning bidrar til redusert bruk av kostbare og lite effektive akutte korttidsløsning for mennesker med

alvorlige psykiske lidelser. Det har også ført til økt kontinuitet og engasjement i behandlingsprosessene, likeledes bedret livskvalitet for brukerne. Brukerne blir ikke alltid kvitt symptomer, men opplever større kontroll og mer mening med tilværelsen i sin alminnelighet, ved at andre sider av selvet blir synlig som motvekt til lidelsen. Bedring er å slippe å bli fullstendig identifisert med diagnosen, både i egne og andres øyne. Slike erfaringer skulle tilsi at en bedringsorientert tenkning og praksis er nødvendig (Mandelid, 2009).

Omsetting av holdning til praksis

Dersom holdningene som ligger til grunn for bedringsperspektivet skal omsettes i terapeutisk praksis, vil det innebære talemåter og væremåter som bidrar til at personen bak lidelsen blir sett og framelsket. Kanskje snakker vi mer om metoder enn om spesifikke teknikker. Blankenburg (2007) bruker ordet "framprovosere" om bekreftelse av potensialene som bor i pasienten. Davidson (2003) ber oss være oppmerksom på at det fins et liv utenom den psykiske sykdommen: Et liv som personen trenger å oppdage og å ta i bruk. Det kan skje gjennom møter hvor andre ser og spiller de friske sidene gjennom bekreftelse og alminneliggjøring. Davidson & Strauss (1992) definerer progressive

stadier som ligger i selve prosessen å ta selvet i bruk; gjenoppdagelse, rekonstruksjon og aktiv bruk av et funksjonelt selv. Forestillingene om disse stadiene kan hjelpe fagfolk og pårørende til å vite mer om hva de skal se etter og bekrefte hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

- I. I første stadium oppdages selve muligheten for å ha en opplevelse av et aktivt selv. Denne erfaringen kan ligge på alt fra en intuitiv følelse til en mer konkret forestilling. Dette oppdages gjerne via andre, som har "sett" eller vist tro på vedkommende.
- II. Senere hen danner personen seg et overblikk over dette selvets styrker og begrensninger, samt mulighetene for forandring. Kanskje kan en si at det er her håp oppstår i Kierkegaards forstand; som en "pasjon for det mulige": *"Skulde jeg ønske mig noget, da vilde jeg ikke ønske mig Rigdom eller Magt, men Mulighedens lidenskab, det Øieder overalt evigt ungt (...) seer Muligheden. Nydelsen skuffer, Muligheden ikke."* (1976, s. 42. Egen forkortelse i parentes). Personen ser hva vedkommende er i stand til og ikke i stand til, noe som gir grunnlag for realistiske målsettinger. Som en av

Davidson og Strauss sine pasienter, Betty; formulerte det: "Før jeg begynner å bake, ser jeg hva jeg har til rådighet i kjøkkenet".

III. Neste stadium kjennetegnes ved at de aktive aspektene ved selvet settes i aksjon. Resultatene av dette nedfeller seg som forestillinger om faktiske evner og muligheter. På et grunnleggende nivå dreier dette seg rett og slett om å *være aktiv* og handlekraftig gjennom noe helt trivielt, som å slå på radioen og velge kanal; velge sin musikk og nyte den. Det er som en kopernikansk vending å ikke lenger være ren mottaker av andres handlinger. Før dette nivået er på plass, fins ikke grunnlaget for å vurdere vanskelige og komplekse utfordringer.

IV. Siste stadium innebærer å bruke opplevelsen av det styrkede selvet til å danne et fristed fra sykdom og stigma, og som ressurskilde til bekjempelse av sykdom og stigma. En særlig utfordring her er å manøvrere seg igjennom sorg og skam på en måte som forhindrer det jeg kaller selvforkastelse. Med selvforkastelse mener jeg at personen enten redefinerer sin identitet i form av en konstruksjon av psykotiske

forestillinger, eller avskriver en identitet overhodet gjennom suicid. På dette stadiet oppstår dessuten den store muligheten som ligger i å se på symptomer som varselssignaler om at en personlig sårbarhet er rammet. På bakgrunn av en lite konsolidert opplevelse av selvet på dette stadiet, kan det ofte være vanskelig for personen å vite hva som er riktig. Særlig gjelder dette dersom det som synes riktig avviker sterkt fra synspunktene til viktige mennesker rundt den det gjelder. De kan til overmål oppleve å få mer støtte til valg som ikke gir mening for dem selv. Dette gjør personen mer sårbar og mottakelig for andres dominerende innflytelse. Stigma, et kritisk familiemiljø eller pessimistiske hjelpere kan dermed undergrave personens forsøk på bedring. Det å ta selvet i bruk innebærer samtidig en myndiggjøring av personen. Det er imidlertid vanskelig å avgrense slik praksis til terapi, ettersom vi gjenfinner liknende holdninger i bøker om omsorg og oppdragelse. Mummimammas holdning til det usynlige barnet er en god illustrasjon (Jansson, 1994): Ved å snakke til det usynlige barnet som om det likevel var til stede, ble stadig flere deler av det usynlige barnet synlig både

for det selv og andre. Ninni trådte til sist fram med sitt eget ansikt.

Det handler blant annet om å bli invitert med, til tross for innledningsvis svak egenmarkering. Det hører også med til Janssons innsikt i menneskesinnet at det etter hvert synlige barnet på ingen måte umiddelbart opptrådte kjærlig og tillitsfullt. Det kvitterte i første omgang med den aggressive gesten å dytte Mummipappa i vannet! Fra kunsten kjenner vi også til renessansemesteren Michelangelos berømte refleksjoner rundt sin formidable statue av David: Ut ifra den kunstneriske disiplinen diesegnos premiss, lå Davids bilde allerede i steinblokken; mye på samme måte som "sjelen" fins i den fysiske kroppen. Forskjellen mellom skulptøren og billedhuggerens utfordringer er også illustrerende for sentrale utfordringer i miljøterapi og psykoterapi: Terapi dreier seg ikke om å bygge en form bestående av fremmede elementer pådyttet utenifra, men å se hva som "bor i steinen" og legge forholdene til rette for at det kan komme til uttrykk, bli til. Terapi er ikke å forme en annen i sitt bilde, men å åpne for at den andre kan løfte seg ut av steinblokkens anonymiserende fangenskap. Noe annet ville være å anse som megalomani fra terapeutens side: Ikke lenger et avmechtig

ønske om å være i Guds sted, men en forrykt overbevisning om å være Gud og den allmektige skaper. Terapi dreier seg trolig mer om å vedstå seg sine menneskelige begrensninger og være en modell for det, som pasienten står fritt til å identifisere seg med.

Vanlige trusler mot synliggjøring, myndiggjøring og common sense

I min egen praksis som psykoterapeut og veileder for miljøterapeuter, har enkelte trusler mot dannelse av et aktivt selv hos personer med psykiske lidelser utkrystallisert seg for meg. Disse har hatt preg av mer eller mindre robuste fenomener. Jeg velger å generalisere noen av disse truslene under begrepene *tingliggjøring*, *sykeliggjøring*, *avskrivning (utnulling)*, *tilskrivning (insinuasjon)*, *fremmedgjøring (undergraving av common sense)* og *normaliseringens feller*. Jeg vil forsøke å illustrere hva jeg mener med disse truslene, eller antiterapeutiske prosessene, med eksempler fra egen klinisk praksis. Likeledes vil jeg vise hvordan de kan motvirkes gjennom en normaliserende diskurs preget av respekt, bekreftelse, dialog og selvavsløringer fra hjelpers side.

Tingliggjøring

Tingliggjøring av den andre er en vanlig mellommenneskelig prosess.

Fordi den er ”usynlig” for den som ikke reflekterer over den, og fordi den tilhører en type helt vanlig mental økonomisering med oppmerksomheten vår mot omgivelsene. Det er krevende å forholde seg bevisst bekreftende i forhold til andre mennesker. Derfor sparer vi ofte både tid og krefter ved å omgås andre som om de ikke var der. Det er en måte å unngå å ta stilling på. Jeg husker mange eksempler fra sykehusavdelinger eller venteværelser hvor jeg knep meg selv i å haste forbi pasienter i korridoren på vei til møter jeg allerede hadde hodet fullt av. I prinsippet forholdt jeg meg dermed på samme vis til personen som satt i stolen, som til stolen. Eller som til veggene, gulvet eller blomsterpottene. Jeg forholdt meg til pasientene som om de hadde status som objekter; som om de verken var observerende, følende, tenkende eller melende vesener som meg selv. Uten å reflektere over det, hadde jeg ikke bare unnlatt å invitere dem inn i et menneskelig fellesskap, men også stengt dem ute fra dette fellesskapet. Mennesker med normal psykisk helse er rustet til å overleve slik mangel på bekreftelse. Ofte har de andre kilder til mellommenneskelig bekreftelse.

Når det gjelder personer med selvforstyrrelser og fravær eller tap av identitetsopplevelse eller selvaktel-

se, har slik tingliggjøring og utnulling fra andres side imidlertid destruktive konsekvenser: Personen får ikke hjelp til å bli speilet som person og kan bli progressivt mer usynlig for seg selv og andre. Vedkommende finner ikke seg selv i tid eller rom, heller ikke i en personlig narrativ. Dersom vedkommende allerede har gitt opp å få en plass i et mellommenneskelig fellesskap, får dessuten han eller hun ”hjelp” til å forbli usynlig og isolert. Vedkommende gis også ”bedre” betingelser for å utvikle en skjør eller forvrengt (?) narrativ, som gjør det vanskeligere å gjøre seg forstått og bli forstått. Personen overlates til å fortsette å konstruere mening i erfaringene sine, på utsiden av dialog og mellommenneskelig forståelse. Som ledd i et aktivt behandlingsmiljø er dette ikke bare uten verdi, men direkte antiterapeutisk fordi en opprettholder og forverrer selvforstyrrelser og meningsdannelser som i neste omgang lett defineres som vrangforestillinger. Det bør derfor være en prioritert terapeutisk oppgave å hele tiden se på, hilse på den andre med navns nevning i forbigangen, selv om dette virker anstrengende og unaturlig i forhold til vårt behov for å økonomisere med egen oppmerksomhet. I det øyeblikket pasienten opplever dette som påtatt eller kunstig, er det min erfaring at vi får klar melding om det.

Da kan vi beklage at vi har undervurdert vedkommendes evne til å tåle å bli oversett som person. I mange år hilste jeg god morgen til en pasient som pleide å sitte på ruten min til og fra sengeavdelingen. Plutselig en dag spratt han opp fra benken og brølte at han ville ha seg frabedt at jeg hilste på ham. Jeg fortalte at jeg trodde det ville bli vanskelig for meg. Særlig ettersom jeg ikke hadde noe utestående med ham og syntes han fortjente alminnelig respekt. Han ba meg om å ryke og reise og ikke forsøke å være smart. Jeg valgte å fortsette som før, og ikke lenge etter begynte han å gjengjelde min hilsen med ord og vennlige blikk. Det hendte stadig oftere at han var først ute med å hilse. Slik aktiv bekreftelse av den andre vil ikke kunne forventes fra andre enn bekjente i hverdagen. Forbered derfor pasienten på dette ved avslutning av kontakt med miljøer hvor profesjonelle hjelpere har vært særlig påpasselige med aktiv og positiv bekreftelse. Slik kan vi ”vaksinere” personen mot det alminnelige forhold at de fleste menneske er mer eller mindre oppslukt av sin egen agenda i hverdagen, og dermed kan virke likegyldige eller avvisende selv om det ikke er deres intensjon å være det. Enkelte er dessuten respektløse. Det er nyttig sosial kompetanse å kunne skille mellom det at andre kan være opptatt av annet,

uten å være likegyldige til oss.

Sykeliggjøring

Ettersom vi mottar personer som definerte pasienter, vil mye av vår oppmerksomhet lett dras mot alle fenomener som kan defineres inn i sykdom eller funksjonssvikt. Dette er en kjent maktstrategi som blant annet er beskrevet av Foucault (2003) i en forelesning om psykiatriske ekspertvurderinger. Eksperten kategoriserer individer som ”likner forbrytelsen (les; sykdommen, E.A.) sin, før de har begått (les; blitt tildelt, E. A.) den”. Vi registrerer symptomer, mangler og såkalt personlig eller sosial umodenhet. I verste fall fører det til en progressiv utvidelse og sementering av personen som syk og funksjonshemmet i egne og andres øyne. Jeg velger å kalle denne prosessen for sykelligjøring. Beslektede fenomener er stigmatisering og selvstigmatisering, ofte med håpløshet og selvforkastelse som uønskede følgetilstander. Slik glemmer vi lett å bevisst utvide oppmerksomheten vår til fenomener som like gjerne kunne lokaliseres til den sunne eller funksjonelle delen av personens væren, dersom de ble lagt inn i en normaliseringsdiskurs i stedet. Jeg snakker verken om en benekting av sykdommens realitet eller en romantiisering i form av den lidendes særlige kall og offer. Det er snakk om

fenomener som i utgangspunktet ligger utenfor sykdomskategoriene, eller på et nøytralt punkt i en dimensjonal overgang fra normalitet til patologi. Slike fenomener, som for eksempel vilje, kreativitet eller angst for allmenne eksistensielle betingelser, har den egenskapen at de like gjerne kan leses inn i personens kamp for å mestre sykdommen, som inn i sykdommen selv.

Til hjelp for en myndiggjørende og normaliserende diskurs har vi nettopp bedringsperspektivet: Bekreftelse, utvidelse og konsolidering av den sunne og funksjonelle delen av personen, på bekostning av den sykdomsrammede og dysfunksjonelle. Slik kan personer som verken makter eller ønsker å se seg selv slik de er, gradvis bli mer synlige og akseptable for seg selv. Det skjer i takt med at de føler seg mer kompetente og myndige i egen administrasjon av nettopp symptomer og funksjonssvikt. Jeg veiledet en gang miljøterapeuter med ansvar for en eldre, svært passiv og sosialt tilbaketrukket mann med en schizofrenidiagnose. Han ble innledningsvis beskrevet som utilnærmelig, interesseløs og uten vilje eller evne til å kommunisere forståelig med andre. Etter overgang til ny antipsykotisk medisin, viste han mer aktiv, pågående og lite korrigerbar atferd i forhold til personalet. Jeg ba om konk-

retiserende detaljer og fikk vite at mannen nå stadig ville ha ut sparepengene sine for å gjøre unyttige innkjøp. Personalet var redde for at han ville sette sin beskjedne økonomi over styr. Konfliktnivået toppet seg da han ville dra til byen og kjøpe en kostbar leketøysbil. Mange mente han ville være bedre tjent med å bruke pengene på treningstøy til mosjon. De mente den nye atferden måtte forstås som både forverring av sykdom og manglende innsikt. Jeg anbefalte at de lot ham gjøre som han ville, ettersom det neppe er slik at vi gjør fornuftige valg bestandig og kan diskutere hva som måtte være fornuftig fra ulike perspektiver. Dessuten ville det være drøyt å kalle det sykt at en voksen mann kjøper seg leketøysbiler. Mange menn gjør det samme, uten at det betraktes som tegn på sykdom. Etter at mannen dro til byen og kjøpte bilen ble han lettere til sinns, mer vital og meddelsom i overfor medpasienter og personale. Han overrasket med sin kunnskap om biler. Det tegnet seg et rikere bilde av en person som en gang var på vei til å bli bilmekaniker, men hadde måttet resignere. Han bidro med kunnskap som mange rundt ham ikke hadde. Han viste tegn på iver og stolthet over å kunne bidra med noe som var interessant for andre. Mer abstrahert kan vi si at denne mannen etter hvert viste in-

teresse, vilje, handlekraft, utholdenhet, vitalitet og kunnskap. Dette er fenomener som i sin patologiserte negasjon hadde blitt innesperret i forestillingen om en syk person. I et normaliserende og myndiggjørende perspektiv, ble samme egenskaper så å si løftet ut av sykdommens klør og over i bildet av en person som både kan og vil bidra med noe som gjør ham mer frisk i egne og andres øyne. Det er en utfordring for behandlere, pårørende og folk flest å se at en persons tilfriskning kan ta andre former enn det vi i første omgang forventer. Når det skjer, er det avgjørende at vi kan se den andre som en særegen person, i stedet for å overkjøre ham med krav om å leve opp til vår egen forutantagelse. Hvis ikke, sykeliggjøres personen gjennom eksperters maktmessige logokrati og erkjennelsesmessige logosentrisme, slik blant annet Derrida (1998) gjør oss oppmerksom på. Gjennom å tvinge fenomenet, personen som søker hjelp, inn i et på forhånd etablert tegn eller logos, sykdomskategorien, låses den videre diskursen på en kurs som undergraver hjelpesøkerens kompetanse.

Avskrivning (utnulling)

Personer som er rammet av alvorlige psykiske lidelser blir ofte snytt for muligheten til tilfriskning gjennom en prosess som jeg har valgt å kalle avskrivning eller utnulling.

Avskrivning foregår ved at andre mennesker i økende grad slutter å ha forventninger til vedkommende. De slutter å rette krav til vedkommende eller spørre vedkommende om oppfatninger og hjelp. Det tar til slutt for gitt at vedkommende er enige med dem, og verken har reaksjoner eller følelser i forhold til å bli administrert av andre. Implikasjonen er at andre forholder seg som om vedkommende ikke lenger besitter handlekraft, preferanser, sympatier, restarbeidsevne eller formuleringsevne. Personen kan til slutt *"(...) forstås dit hen at vedkommende mangler de nødvendige forutsetningene for å være en forteller av egen erfaring, bevissthet og innsikt. (...). Denne posisjonen reflekterer det faktum at objektiv/deskriptiv psykiatri har tendert til å sette likhetstegn mellom innsikt og persons evne til å artikulere klinikerens perspektiv (...)"* (Roe & Davidson, 2005, s. 91. Egne forkortelser i parentes). I slike situasjoner er det trolig mer terapeutisk å begå den feilen å overvurdere, enn å undervurdere vedkommende. Å spørre noen om mer enn de kanskje makter signaliserer en forventning om at vedkommende er å regne med. Det er i seg selv en tillitserklæring og et komplement. Vi viser at vi ikke har satt vedkommendes verdi til under pari eller null. Å slutte å ha forventninger til en annen, er en devaluering og

en nedskrivning som tenderer mot null. Det å få signal fra andre om at en ikke lenger er regnet med eller tilskrevet verdi, setter personen utenfor mulighet til å inngå i en sosial ta- og gi situasjon. Ta og gi er en byttehandel som sikrer begge parter verdi og oppleves som næring til håp og selvbilde. Dessuten: (...) *å anerkjenne sameksistensen av multiple, ulike oppfatninger kan være en nødvendig forutsetning for å oppmuntre folk med schizofreni til å komponere og meddele sine oppfatninger, (...) og bli respektert (...) som et grunnlag for bedring (...)*” (Roe & Davidson, 2005, s. 91).

Tilskrivning (insinuasjon)

Alle mennesker opplever større eller mindre angst i for å ikke vite, eller for mangel på holdepunkter. Særlig sterkt gjelder dette mangel på informasjon om andres beveggrunner, eller trussel om eget tap av forståelse og mening. I psykoterapi og miljøterapi med mennesker med alvorlige selvforstyrrelser eller identitetsforstyrrelser gjør disse forholdene seg også sterkt gjeldende. Det å stå overfor såkalt galskap innebærer ofte å stå overfor noe vi sliter med å forstå, ikke forstår eller føler at vi ikke har kontroll over. Ofte innebærer dette uønsket kontakt med vår egen angst for å gå fra forstanden. Det synes å være et hyp-

pig kjennetegn ved alvorlige selvforstyrrelser at personen har et helt eller delvis bortfall av opplevelsen av å være til som noe avgrenset i tid og rom. Opplevelsen av grenser mellom en indre og en ytre virkelighet viskes ut. Opplevelsen av mening knyttet til det som skjer kan også forsvinne ved at fortid og framtid kollapser i et oppløst og uutholdelig nå for personen (Foucault, 2005), livet som opplevelse av noe tilblivende stopper opp (Minkowski, 1927). Slike situasjoner gjør det i prinsippet umulig å gjøre rede for seg. Angsten som knyttes til denne type forvirring smitter dessuten til dem som skal forholde seg til personen, i form av påminnelser om noe ubegripelig eller uutholdelig i dem selv; et kontrolltap. Det oppstår lett en kamp på liv og død om å velte ansvaret for forvirring og stillstand over på den andre. Kaoset krever så å si en umiddelbar og oftest prematur lukking av avgrunnen, for å oppnå følelse av fast grunn under beina igjen. En fristende manøver er da å gi den andre, den identifiserte pasienten eller ”den gale” ansvaret for situasjonen.

I uttallige journalnotater har jeg til min store undring lest utsagn som: ”Pasienten inntar en defensiv og lite samarbeidende holdning”; ”pasienten er kontrær” eller ”passivt aggressiv”. Ved såkalte negative

symptomer som energisvikt eller interesseløshet, kan personen bli definert som lat av andre som har ambisjoner om aktivitet på vedkommendes vegne. Problemet er at disse bastante påstandene sjelden ledsages av uttalelser fra pasienten selv, som kunne underbygge konklusjonene. De får dermed preg av rene insinuasjoner. Vi kan lett tenke oss en rekke andre årsaker til at pasienten ikke meddeler seg til terapeuten: Pasienten kan være forvirret og ute av stand til å gjøre rede for seg; ha angst for å si noe galt som får negative konsekvenser, eller fatter ikke tillit nok til at fortrolighet kan oppstå i den aktuelle situasjonen. Det kan være en evnesvikt, mer enn en viljessvikt som ligger til grunn for passivitet. Strengt tatt kan intervjuer egentlig kun konkludere med at han eller hun ikke lykkes i å få pasienten til å gi de ønskede opplysningene eller meddele seg på en måte intervjuer kunne forstå. Observatør, intervjuer eller terapeut legger ikke bare ansvaret for eget prosjekts kollaps på pasienten, men tildeler samtidig pasienten vrang vilje og patologi. Slike insinuasjoner gjøres åpent og skjult ved daglige samtaler i avdelingen. De forekommer også i mer systematisk form under diagnostiske og terapeutiske prosesser, hvor psykopatologen, den sakkyndige ekspertten eller terapeuten systematisk leser det uforståelige eller

ukontrollerbare ved sin opplevelse av pasienten inn i sine egne kategorier eller teorier. Slik tegnes bildet av den andres sykdom tydeligere og mer overbevisende (Foucault, 2003). Hva er det som svikter ved et slikt logokrati, ved en slik logosentrisme (Derrida, 1998)? En del av svaret er trolig at ny mening ikke konstrueres gjennom dialog og gjensidige innrømmelser. Den som har makten gjennom språket former så og si bildet av den andre som syk, uten at det tas noe relasjonelt ansvar for å komme ut av forvirring og meningsløshet. Det dannes ingen ny og felles forståelse. Den "normale" har kastet den "syke" inn i sitt eget sykdomsbegreps fangehull og dynger på med stadig flere låser på døren. Det er en svært effektiv måte å gjenopprette orden og mening i eget univers ved at den andre forblir bærer av aggresjon, forvirring, utrygghet eller sosialt uakseptable holdninger. I prinsippet kan dette også forstås som negasjonen av en person med psykose sin lukking av sitt meningsunivers i såkalte vrangforestillinger. Maktaspektet utgjør imidlertid en vesentlig forskjell: Den "psykotiske" har ikke forankret sin forståelse i en legitimitet basert på intersubjektiv (mellommenneskelig) konsensus, eller common sense (felles mening). Men det er også en "legitimitet" som verken er basert på noe juridisk

eller medisinsk fundament. Det er en "legitimitet" etablert gjennom dialog og konsensus mellom personer som allerede besitter maktens privilegium: Retten til å definere hva som "er" abnormt (Focault, 2003). Den "syke" utestenges fra retten til å bidra til definisjonen av seg selv, ved at vedkommende nektes adgang til dialog.

Fremmedgjøring (undergraving av common sense)

For mange år siden var jeg terapeut på en psykiatrisk avdeling og veileder for miljøpersonalet. I en periode arbeidet vi sammen for å prøve å være til hjelp for en pasient som led av psykose og alvorlig spiseforstyrrelse. Fra tid til annen var livet truet av mangel på inntak av væske og næring. Vi måtte strekke oss langt for å finne noe han kunne spise, for å unngå overflytting til somatisk avdeling og sondeforing. Ved en anledning nektet pasienten å spise dagens ertesuppe med kjøtt og poteter. Personalet spurte om han kunne tenke seg å spise noe annet i stedet. Han svarte at han ville spise lapskaus, dersom han kunne få det. Personalet hentet "lapskaus" fra kjøkkenet og bød ham. Pasienten eksploderte i et voldsomt raserianfall, og sa at dette ikke var lapskaus, men avsilt betasuppe! Hvilket var helt korrekt. Pasienten påsto at dette var et forsøk på å lure mat i ham og

et direkte angrep på hans forstand. Hvilket også kunne være en korrekt forståelse av situasjonen. Han krevde en innrømmelse og en unnskyldning fra oss. Etter en lengre konflikt rundt dette ble pasienten overført til somatisk avdeling for sondeforing. Først etter at vi hadde beklaget det inntrufne og gitt ham rett, kunne han tilbakeføres til vår avdeling. Hva var dette, bortsett fra at vi som personale satte oss selv i en sjakk-matt- posisjon rent prestisjemessig, som gjorde at vi til slutt måtte kripe til korset og gjøre innrømmelser? Det i seg selv behøver ikke å ha noen negativ modelleffekt overfor pasienten. Snarere tvert imot; da vi klarte å sette vår egen prestisje tilside, gikk mangt bedre. Det verste var at vi sviktet som realitetsmarkører for en psykotisk pasient som slet med å utvikle og opprettholde sin realitetstestingsevne: Ved å nekte for at det var avsilt suppe og insistere på at det var lapskaus, foretok vi i prinsippet et massivt angrep på pasientens forstand. Vi nektet ham adgang til å bekrefte at han faktisk forsto situasjonen ut ifra common sense! Det var omtrent som å ha funnet hjem, for å få beskjed om at han ikke bor der; en fremmedgjøring. Pasienten var ingen alien, men ble forsøkt presset til å være det, gjennom åpenbare angrep på hans i dette tilfellet adekvate forståelse og forstand.

Normalisering – og dens feller

I forbindelse med både recovery-perspektivet (Borg og Topor, 2003), kognitiv terapi ved psykoser (Chadwick, 2009; Kingdon & Turkington, 2007) og psykodynamisk støttepsykoterapi (Kates & Rockland, 1994) omtales normalisering, eller alminneliggjøring, som en konstruktiv terapeutisk strategi eller metode. En metode som med hell kan brukes til å konstruere pasientens forvirrende og skremmende opplevelser inn i en allment forståelig meningsammenheng, dersom den ikke innebærer benekting av sykdom og problemer, eller krav om ensidig tilpasning og konformitet. Normalisering kan i beste fall redusere fremmedgjøring, forvirring, angst og stigma. Normalisering som terapeutisk strategi risikerer imidlertid å havarere gjennom å forfalle til bagatellisering av sykdom eller forbedringsregimer i forhold til avvikere som skal tvinges tilbake i folden. På den ene siden et Scylla (farlig klippeøy i Homers Odysseen) av bagatellisering eller benekting av reell patologi og funksjonssvikt, som både pasient og hjelper trenger å ta på alvor. På den andre siden et Charybdis (farlig klippeøy) hvor personens for andre uforståelige, uakseptable eller uvanlige opplevelser skal tvinges innenfor en allerede fastlåst mening eller form (Foucault, 2003). Altså et krav

om personens underkastelse under eksperter og hjelperes ”siste ord” (Bakthin, i Morris, 1994).

Dialog som katalysator og en tredje vei videre

Mange har sett mulighetene i en filosofisk forankring i bruk av ekte dialog både for kontaktetablering og utvikling av common sense med personer med alvorlige selvforstyrrelser. Martinsen (2002) sier at ekte dialog ikke kan være basert på å snakke til, men med den andre. Det fordrer at tale erstattes av samtale, at den som taler også evner å tilegne seg det den andre sier. Chadwick (2009) illustrerer den avgjørende forskjellen mellom instrumentell og aktiv lytting. Ved instrumentell lytting er terapeuten ute etter å selektivt ta til seg elementer av pasientens ytringer, som kan hjelpe terapeuten i å få gjennomført sin egen agenda. Det kan være for å få pasienten til å ta medisiner, eller følge progresjonen i en manualisert behandlingsprosedyre. Målet er å få pasienten til å etterkomme terapeuten plan eller agenda. Aktiv lytting ligger derimot nærmere ekte dialog. Ved aktiv lytting forsøker terapeuten hele tiden å sette egen agenda til side. Terapeuten forsøker å få med seg hva pasienten sier og mener, ved å gjenta pasientens ytringer og spørre om terapeuten har forstått pasientens intensjoner med ytringen

rett. Amador (2007) gir et eksempel på hvordan dette kan gjøres gjennom en tilnærming basert på motiverende intervjuing og sokratisk utspørring, hans såkalte LEAP-metode: L (listen) står for lytte, E (empathize) for å leve seg inn i, A (agree) for å enes om noe og P (partner) for partnerskap eller samarbeid. Han utviklet metoden for å øke mulighetene for konstruktivt samarbeid med personer som ikke vet, eller ikke vil akseptere at de har en alvorlig psykisk lidelse. Dette illustrerer også språkforskeren Bakthins (i Morris, 1994) advarsler om at det som er ment å være dialoger lett forfaller til gjensidige monologer, eller enetaler, som for mottakeren lett oppleves som diktat, meningsløse ytringer, eller i verste fall en trussel mot vedkommendes rett til eksistens: *”Der er ingen eksistens, ingen mening(...), dialog, eller dialogisk relasjon med den andre (...). Monolog og monologisk viser til enhver diskurs som søker å benekte eksistensens dialogiske natur, som nekter å vedstå seg sitt ansvar som mottaker og framstår som ”siste ord”. En slik diskurs er typisk for autoritære regimer”* (s. 247. Egne forkortelser i parentes). Ved gjensidige enetaler kommuniseres ikke annet enn misforståelser og mangel på kontakt. Det er ikke kommunikasjon i forstanden utvikling av en tredje og ny forståelse

mellom de samtalende, men en konsolidering av ikke-kommunikasjon, isolasjon og fortvilelse. Monolog vekker lett psykologisk motstand og forsøk på å unndra seg (til)talerens kontroll fra mottakerens side, og undergraver på den måten terapeutisk relasjon og samarbeid. Vi kan neppe tenke oss noe mer destruktivt ved selvforstyrrelser og psykosier, hvor nettopp etablering av en felles virkelighetsforståelse er en hovedutfordring. Utgrensingen fra et menneskelig felleskap opprettholdes og utvides, identitet og realitetstesting undergraves. Meddelelsens element faller bort, og terapeuten mister sine viktige funksjoner som avlaster av vanskelige følelser og følgesvenn i dannelsen av common sense (felles mening). En slik mellommenneskelig prosess er ikke bare ikke-terapeutisk, men også sykeliggjørende.

Uavhengig av terapeutisk forankring synes det derfor viktig å innta en aktivt lyttende holding og dermed åpne for ekte dialog med pasienten. Terapeuten bidrar på den måten til at pasienten inkluderes, regnes med og myndiggjøres. Pasienten utsettes for minimalt med avskrivning og tilskrivning fra terapeutens side. Pasienten slipper å få sin virkelighetsoppfatning tilslørt eller forvirret ved å bli bærer av terapeutens skam og angst gjennom

fremmedgjøring. Flere av pasientens ytringer kan leses inn i en normaliseringsdiskurs, slik at personens opplevelse av sine friske aspekter vokser på bekostning av sykdomsopplevelsen. Dette er å forstå som tilfriskning eller heling: Personens selvoppfatning, selvrespekt og håp om framtid styrkes, til tross for symptomer og funksjonssvikt. Personen blir bedre i stand til å bære sin sykdom.

I tillegg til forholdene som er behandlet ovenfor, vil jeg kort nevne enkelte forhold som i vesentlig grad bygger opp under så vel dialog, som bekreftelse av personen. Det dreier seg om selvavsløringer, normalisering, mulighetene i det hverdagslige og det helende ved alminnelige omgivelser og respekt.

Selvavsløringer

Som nevnt, forsøker mennesker med selvforstyrrelser å tangere andre eller offentlige steder i en slags "hit and run"-strategi. Det skjer ofte i håp om å snappe opp noe av det andre holder på med, og som de ikke selv forstår i utgangspunktet. Både miljø- og individualterapeuter har her en mulighet til å være modeller for vanlige måter å tenke og føle på, gjennom selvavsløringer. Det vil si at hjelperen meddeler pasienten egne tanker og erfaringer, i den grad de representerer allmenn-

menneskelige erfaringer, anskuelser og løsninger. Utfordringen her ligger i å kunne være personlig, uten å bli privat. Selvavsløringer hører til noe av det mest kontroversielle i psykoterapi. Pioneren Ferencszi (1995) våget ikke å offentliggjøre sin utforskning av bruk av selvavsløringer så lenge han levde. Han fryktet Freuds vrede, ettersom Freud i teorien, om ikke i praksis, var sterkt imot selvavsløringer. Selvavsløringer stred mot prinsippet om terapeutens avholdenhet og nøytralitet under analysen, og ble sett som et hinder for både fri assosiasjon og utvikling av overføring til analytiker. I ettertiden har denne debatten løpt, uten at en i tilstrekkelig grad har vært opptatt av hvilke pasienter terapeuten har i terapi. I terapi med personer med selvforstyrrelser er det neppe adekvat at terapeuten forholder seg nøytral. Selvavsløringer kan tvert imot tenkes å være svært terapeutiske, under visse forutsetninger. Når de er personlige uten å bli private, kan terapeuten eller hjelperen fungere som en rollemodell for common sense. Freuds formalistiske krav om terapeutens nøytralitet behøver heller ikke tolkes slik at terapeuten ikke skal foreta seg noe, eller være stum. Freud selv sto da heller ikke bak karikaturen av en umælende analytiker. Freud kan også forstås dit hen at terapeuten ikke er stum,

men heller ikke tar parti med noen av de aspektene ved pasientens bevissthet som er i konflikt med hverandre. I terapi ved selvforstyrrelser og psykoser, har senere egopsykologer åpnet for at det kan være riktig at terapeuten aktivt støtter utviklingen av pasientens egofunksjoner, som for eksempel identitet, autenticitet og realitetstesting.

Mulighetene i det konkret hverdagslige liv

Fagfolk har trolig for stor tendens til å overvurdere en ekstraordinær teoretisk forståelse eller akademisk baserte tiltaks betydning for bedring hos personer med alvorlige psykiske lidelser. For eksempel dyp innsikt i personlige beveggrunner eller kausalforklaringer av problemer. Slike forhold har neppe stor betydning for bedringsprosessen hos mennesker med selvforstyrrelser og psykoser. Egenterapi og ”innsikt” i eget ødipuskompleks eller preødipale bindinger kan ha stor betydning for fagfolks egenforståelse og være en trygghetsbærende plattform i møtet med pasienter, men forblir for de fleste pasienter et meget spesielt og uvanlig prosjekt. Det er ikke fravær av slik ”innsikt” som gjør dem funksjonsdyktige eller oppnåelse av denne ”innsikten” som gjør dem mer funksjonsdyktige i hverdagen. Det er det å klare å gå på butikken, drikke kaffe med andre og konver-

sere om nyheter og fotball som utgjør de store utfordringene- og landevinningene. Det dreier seg altså om helt konkrete, hverdagslige eller banale gjøremål som har stor aktualitet for folk flest. Som for eksempel å møte noen i vanlige omgivelser, ha en deltidsjobb på ordinær lønningsliste og det å oppleve at andre har tro på at de kan bidra med noe til fellesskapet (Borg, 2007). En av mine egne pasienter klarte å omgås oss andre og oppleve økt egenverd ved å informere oss om akvarier og gullfiskhold. Det er slike ferdigheter vi bør se og bekrefte, før listen kan legges høyere. Det jeg vet om gullfisker, lærte jeg av denne mannen. Jeg passet nøye på å melde det tilbake til ham.

Alminnelige omgivelser og alminnelig respekt som helende faktorer

I min tid i psykisk helsevern har jeg notert meg to forhold som er lette å overse, men som jeg tror har stor helende kraft i forhold til alvorlige mentale forstyrrelser: Å bli utsatt for vanlige forventninger eller alminnelig respekt i ordinære omgivelser, ser ut til å avstedkomme nærmest umiddelbar psykisk og sosial funksjonsbedring. Et hotellbesøk gjør personen mer opptatt av å ha rent tøy og å unngå å søle kaffe eller sigarettglør på skjorten. Nær stumme personer begynner å hilse,

spørre om lov og si takk, for å bli møtt med tilsvarende respekt. Tilbake i sykehusavdelingen tørker disse ferdighetene så bort igjen som dugg for solen. En annen pasient fortalte meg om et påtagelig ”svingdørsfenomen” under sitt opphold på en avdeling for affektive lidelser. Hun følte seg på uforklarlig vis lettere til sinns, mer normal og håpefull med hensyn til framtiden når hun sto og røykte og småpratet med andre røykere på terrassen utenfor dagligstuen. Straks hun gikk inn igjen i dagligstuen, falt tungsinn og håpløshet over henne igjen som et mørkt og lammende teppe.

I det hele tatt det å bli vist alminnelig respekt etter helt vanlig folkeskikk ser ut til å ha en helende effekt på mange mennesker, både med og uten alvorlige psykiske lidelser. Det å bli sett, hilst på, spurt, hørt på, spurt om lov, gitt kreditt for informasjon o.s.v. , har mange pasienter rapportert som avgjørende aspekter ved behandlingen de har fått. Ingen eksamen i sykepleie, medisin eller psykologi gir i seg selv noen garanti for at vi er jordnære og behandler pasienten med respekt. Det kan ufaglærte gjøre like godt som professorer. Som profesjonelle bør vi imidlertid være oss særlig bevisst på de systematiske implikasjonene for bruken av respekt i helende øyemed. Respekt betyr da også å se til-

bake på den andre på en bekreftende måte; den andres tilstedeværelse, vilje, stemme og personlige narrativ.

Avslutning: Bekreftelse og dialog som forutsetninger for utvikling av begripelig personlig narrativ

Roe og Davidson hevder at det å konstruere en personlig og meningsbærende narrativ ikke er en evne personen enten har og dermed regnes som frisk, eller ikke har og tilsvarende regnes som syk: ”*Vi beskriver ikke bare forstyrrelsene og mangelen på kontinuitet som følger med sykdommen (...), men også personens forsøk på å overvinne disse, å rekonstruere en opplevelse av et selv, å gjenvinne agens og skape en sammenhengende livsnarrativ.(...) Snarere enn å kun være et biprodukt av recovery, er(...) beskrivningen av ens livshistorie faktisk indre komponenter i selve recoveryprosessen*” (2005, s. 89. Egne forkortelser i parentes). Utviklingen av en narrativ forstås altså som et iboende aspekt ved selve recoveryprosessen: Det å utvikle en forståelse av seg selv i en sammenheng og å kunne formidle den til andre på en forståelig måte. Men det fordrer at andre tilkjenner personen evne og mulighet til å konstruere sin narrativ. Det gjøres ved å se og bekrefte personens egen kreativitet og handlekraft, samt å invitere personens

stemme med i en dialog gjennom en myndiggjørende prosess. En sykeliggjørende prosess innebærer som nevnt tingliggjøring, sykeliggjøring, avskrivning, tilskrivning, fremmedgjøring, monolog, taushet, abstraksjon og logosentrisme, isolasjon fra alminnelige omgivelser og fravær av respekt fra andres side. Unngår vi dette, vil vi kunne se en myndiggjørende prosess hvor personens narrativ i stedet kan bli utviklet på et grunnlag av intersubjektiv konsensus, eller common sense. Personens sosiale funksjonssvikt reduseres tilsvarende gjennom bedret evne til å gjøre seg forstått og å bli forstått.

Tradisjonell deskriptiv psykiatri har i stor grad basert seg på objektifisering (tingliggjøring) av den andre, eller pasienten. Eksperten har tillatt seg å beskrive og dermed også definere den andre ut ifra kategorier i sin egen lære, eller logi. Pasienten har blitt beskrevet ut ifra et tredjepersonsperspektiv, uten at det har blitt spurt etter personens førstepersonsperspektiv. Dette innebærer en erkjennelsesmessig logosentrisme og et maktmessig logokrati hvor pasienten så å si blir skapt i observatørens bilde, uten at det blir åpnet for "objektets" egen handlekraft eller stemme som subjekt. "Objektets" innkrøktethet i seg selv betraktes i neste omgang som sykdomstypisk for "den schizofrenes"

manglende evne til å formulere seg eller meddele seg som en person med egen identitet. Til sist står så å si kun et personnummer tilbake: Et nummer som er heftet ved "den syke" av statistiske eller administrative grunner, for å gjøre andres håndtering av "tilfellet" lettere. Ja, for å redde tilfellets status som tilfelle, eller rette nummer i rekken. Den høyeste garanti i et slikt system er å bli beskyttet mot forveksling med andre objekter. Reduksjonen blir fullstendig, ved at tilfellet nektes adgang til dialog. Pasienten innrømmes ikke mulighet til å definere seg selv, verken som syk eller frisk. Ved å erklære seg syk, kan personen underkaste seg makten. Ved å erklære seg frisk utfordrer personen makten, og straffes for det ved å bli erklært for gal. Pasienten innrømmes heller ikke adgang til å benekte truende eller ubehagelige aspekter ved sin egen eksistens, for å skape rom for senere integrasjon av sykdommen i selvpplevelsen. I somatisk medisin oppjusteres dette til nødvendige overlevelsesstrategier; legitime måter å håndtere sjokk og traumer på. I psykiatri nedjusteres det til fravær av sykdomsinnsikt og uttrykk for en alvorlig patologi. Uten åpning for dialog låses den sykdomsrammede inne i sykerollen og henvises til å bringe orden i perseptuelt, emosjonelt og tankemessig kaos på egen hånd. Slike forsøk på

meningsdannelse tolkes av deskriptiv psykiatri lett som ytterligere uttrykk for patologi, ofte under kategorien vrangforestillinger. Påstanden i denne teksten er at dersom personen i stedet bekreftes som eksisterende i tid og rom og inviteres til å meddele seg gjennom dialog, kan vedkommende få mulighet til å utvikle en (ny?) personlig narrativ; en narrativ basert på samstemmighet. På den måten utvikles en common sense som kan brukes til å forstå og å bli forstått i forhold til andre mennesker. Personen kan da, til og med som bærer av en sykdom, kunne bli en kjent blant kjente, en av oss, et subjekt blant subjekter. Fremmedgjorthetens eksil vil være over. Tilhørighet og realistisk håp får grobunn. Felles forståelse basert på common sense i Kants (1987) forstand, er trolig en av våre mest virksomme midler mot realitetsbrist, fremmedgjøring og håpløshet. Den kan kun utvikles gjennom dialog.

Referanser

Amador, X. (2007): I am not sick, I don't need help! New York. Vida Press.

Bergem, R. & Ekeland, T.-J. (2006): Psykisk sjuke som medborgarar. Tidsskrift for velferdsforskning, 9, 26-38.

Blankenburg, W. (2007): Das Provokatorische Element im psychiatrischen Gespräch. I: Psychopathologie des unscheinbaren. Berlin. Parodos.

Borg, M. (2007): The nature of recovery as lived in everyday life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems. Thesis for the degree philosophiae doctor. Trondheim. NTNU.

Borg, M. & Kristiansen, K. (2004): Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. Journal of Mental Health, 13, 5, 493-505.

Borg, M. & Topor, A. (2003): Virksomme relasjoner. Oslo. Kommuneforlaget.

Chadwick, P. (2009): Personbasert kognitiv terapi ved psykoser. Trondheim. Tapir Akademisk Forlag.

Corin, E. & Lauzon, G. (1994): From symptoms to phenomena: The articulation of experience in schizophrenia. Journal of phenomenological psychology, 25, 3-50.

Davidson, L. (2003): Living outside mental illness. New York. New York University Press.

Davidson, L. & Strauss, J. S. (1992): Sense of self in recovery from schizophrenia. British Journal of Medical Psychology, 65, 131-145.

Deegan, P. (1996): Recovery as a journey of the heart. Psychiatric Rehabilitation Journal, 19, 3-

Deegan, P. (1993): Recovering our sense of value after being labelled. Journal of Psychosocial Nursing, 31, 4-

Deegan, P. (2007): The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it. Psychiatric Rehabilitation Journal, 31, 1, 62-69.

- Derrida, J. (1998): Resistances of psychoanalysis. Stanford. Stanford Universities Press.
- Duncan, B. & Sparks, . (2008) I fellesskap for endring. Oslo. Gyldendal Akademisk
- Ferenczi, S. (1995): The clinical diary of Sándor Ferenczi. Cambridge, MA. Harvard University Press.
- Foucault, M. (2003): Abnormal. Lectures at the Collège de France, 1974-1975. New York. Picador.
- Foucault, M. (2005): Sindssygdrom og psykologi. København. Hans Reitzels Forlag.
- Jansson, T. (1994): Det usynlige barnet. Oslo. Aschehoug.
- Kant, I. (1987): Critique of Judgement. Indianapolis /Cambridge. Hackett Publishing Company.
- Kates, J. & Rockland, L. H. (1994): Supportive psychotherapy of the schizophrenic patient. Am. Journ. of Psychotherapy, 48, 543-561
- Kierkegaard, S. L. (1976): Enten-Eller. Bind 1. København. Gyldendal.
- Kingdon, D. & Turkington, D. (2007): Kognitiv terapi ved schizofreni. Oslo, Universitetsforlaget.
- Levander, S. (2007): Om psykoser och psykosbehandling. Stockholm. Mareld.
- Mandelid, L. J.(2003): Dodofugl-dommen og psykoterapeuters credo. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 40, 307-312.
- Mandelid, L. J. (2009): Mulighetene i et bedringsorientert psykisk helsevern. Tidskrift for psykisk helsevern, 3 (under trykking).
- Martinsen, K. (2002): Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene. Omsorg, 1, 14-22.
- Minkowski, E. (1927): La schizophrénie. Paris. Peyot.
- Morris, P. (Ed.), (1994): The Bakhtin reader. Selected writings of Bakhtin, Medvedev and Voloshinov. London. Edward Arnold.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002): Psychotherapy relationships that work. Therapist Contributions and responsiveness to patients. New York. Oxford University Press.
- Roe, D. & Davidson, L. (2005): Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story. Journal of Medical Ethics: Medical Humanities, 31, 89-94.
- Sass, L. A. & Parnas, J. (2003): Schizophrenia, consciousness, and the self. Schizophrenia Bulletin, 29, 3, 427-445.
- Skjervheim, H. (1976): Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo. Tanum-Norli.
- Topor, A. (2002): At komme sig. Et litteraturstudie om at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse. København. Videnscenter for Socialpsykiatri.
- Topor, A. (2006): Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer. Oslo. Kommuneforlaget.
- Sells, D. J., Stayner, D. A. & Davidson, L. (2004): Recovering the self in schizophrenia: An integrative review of qualitative studies. Psychiatric Quarterly.

75, 1, 87-97.

Wampold, B. E. (2001): The great psychotherapy debate. New Jersey. Lawrence Earlbaum.

Leif Jonny Mandelid

Seniorpsykologspesialist
og undervisningsleder for SEPREPs
utdanning i psykoterapi ved
psykoser
Institutt for psykiatri og psykoterapi
Starvhusgaten 2A
5014 Bergen
Tlf: 55 55 04 25
E-mail: lejoma@online.no

