

“Å miste munn og mæle”

Psykogen afoni; årsaker og erfaringer

Marianne Merker og Toril H. Olset



Masteroppgave i spesialpedagogikk ved det
utdanningsvitenskapelige fakultet, institutt for spesialpedagogikk.

UNIVERSITETET I OSLO

12.05.2009

SAMMENDRAG

Tittel

”Å miste munn og mæle” - Psykogen afoni; årsaker og erfaringer

Bakgrunn og formål

Tema er valgt med bakgrunn i prosjekteksamen vår-08 og praksis ved Bredtvet Kompetansesenter våren-08. Bredtvet Kompetansesenter ønsket forskning på feltet ”Afoni på godt og vondt”, og var derfor behjelpelig med å skaffe informanter til undersøkelsen. Det har vært forsket lite innenfor fagfeltet afoni i Norge. I denne undersøkelsen har det teoretiske utgangspunktet vært tidligere forskning på psykogene stemmevansker, og dette omfatter forskning der begrepene dysfoni, afoni, funksjonelle stemmevansker, hyperfunksjonelle stemmevansker og konversjonsstemmevansker forekommer.

Formålet med undersøkelsen har vært å gå i dybden i forhold til hva som kan utløse og opprettholde psykogen afoni, og hvilke erfaringer den enkelte har gjort seg i forhold til å miste stemmen.

Problemstilling

Problemstillingen er: *Hvilke forhold kan utløse og opprettholde psykogen afoni, og hvilke erfaringer har mennesker med psykogen afoni?*

Metode og datamateriale

Med utgangspunkt i problemstillingen valgte vi å bruke et kvalitativt, semistrukturert dybdeintervju som metode. Denne metoden gjorde det mulig å gå i dybden av problemstillingen og frembringe ”tykke beskrivelser” for å belyse fenomenet psykogen afoni. Vi har benyttet en intervjuguide ved gjennomføringen av intervjuene, og alle intervjuer ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert. Vårt utvalg har bestått av 5 kvinner i alderen 42- 68 år fra ulike deler av Sør- Norge.

Dataanalyse

Vi har vært inspirert av Grounded Theory som utgangspunkt for analyse og bearbeiding av data i undersøkelsen (Strauss & Corbin, 1998; Dalen, 2004; Befring, 2007; Corbin & Strauss, 2008). I kodingsprosessen har vi benyttet tematisering med innslag av ”filleryemetoden”, der intervjuguiden, datamaterialet og teori har dannet utgangspunkt for kodingen (Dalen, 2004). Vi endte opp med 4 kjerne kategorier; *Bakgrunn, Livshendelser, Personlighet og Erfaringer med å miste stemmen.*

Resultater og konklusjoner

Gjennom arbeidet med denne intervjuundersøkelsen har vi fått forståelsen av at afoni som oftest er et resultat av *mange og langvarige belastninger*. Dette kan være perioder eller situasjoner i den enkeltes liv som har vært så overveldende og utfordrende at det ville krevd ”overmenneskelige” ressurser for å mestre dem. Den type livshendelsene eller kriser som forekom hos våre informanter var; ulykker og alvorlig sykdom, dødsfall, oppsigelse, skilsmisse, rettsaker og andre langvarige belastninger. Mye tyder også på at det hos våre informanter i utgangspunktet kan være en spesifikk organsårbarhet tilstede som *gjør halsen og stemmen til et svakt og utsatt punkt*. De samme faktorene som kan ha utløst afonien, kan også ha opprettholdt den og ført til en del negative konsekvenser i informantenes liv. Det å *være stemmeløs* påvirket selvfølelsen til flere av informantene, i tillegg til evnen til kommunikasjon. For enkelte førte dette til total *isolasjon* og ensomhet eller *tilbaketrekning* fra deler av det sosiale livet. Som *langvarige* konsekvenser av afonien og hendelser som utløste den, ble konsentrasjonsvansker, depresjon, søvnevansker, oppgitthet og utmattelse nevnt av informantene. Flere av informantene beskrev *alvorlige søvnevansker og total utmattelse* enten rett før eller like etter de mistet stemmen, og ved ett tilfelle førte afonien til hormonelle endringer. Vi fant også en mulig sammenheng mellom dialektbytte og stemmevansker.

Vi håper at denne undersøkelsen kan bidra til mer kunnskap om psykogen afoni i Norge, og kanskje være til hjelp for logopedier eller andre i behandlingsapparatet.

FORORD

Denne oppgaven er et resultat av en interessant og utviklende prosess. Vi er svært takknemlige overfor informantene, som har møtt oss med åpenhet og et ønske om å fortelle om sine erfaringer og opplevelser med psykogen afoni. Vi har fått forståelse for at det skal ganske mange vanskelige og svært belastende forhold til, ofte over lang tid, før stemmen forsvinner.

Vi vil takke Bredtvet Kompetansesenter ved Eirik Aarflot og Pål Eriksson, for hjelp med å skaffe informanter, og for invitasjon til å være med på å forske på fenomenet afoni.

Vi vil også takke vår veileder Anne-Lise Rygvold, som alltid har kommet med gode faglige tilbakemeldinger. Hun har inspirert oss til å bearbeide tanker og tenke nytt, og fått oss til å reflektere i alle faser av forskningsprosessen.

Til slutt vil vi takke den nærmeste familien for god støtte, oppmuntring og for å ha gitt oss tid til å gjennomføre prosjektet.

Marianne Merker og Toril Henriksen Olset

Oslo, mai 2009

Innhold

SAMMENDRAG	2
FORORD	4
INNHold	5
1. INNLEDNING	9
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	10
1.2 UTDYPING AV FORMÅL OG PROBLEMSTILLING / TEMATISERING	10
1.3 FORSKNING OG PSYKOGENE STEMMEVANSKER	11
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING	11
2. PSYKOGEN AFONI.....	13
2.1 STEMMEVANSKER; EN BEGREPSAVKLARING	13
2.1.1 <i>Dysfoni – afoni.....</i>	<i>14</i>
2.1.2 <i>”Funksjonelle” eller “psykogene” stemmevansker?.....</i>	<i>17</i>
2.1.3 <i>Hyperfunksjonelle stemmevansker.....</i>	<i>18</i>
2.1.4 <i>Konversjonsstemmevansker.....</i>	<i>19</i>
2.2 FOREKOMST.....	23
2.2.1 <i>Psykogene stemmevansker; et kvinnefenomen?</i>	<i>23</i>
2.3 ÅRSAKSFORHOLD	26
2.3.1 <i>“Livshendelser” og traumer.....</i>	<i>27</i>
2.3.2 <i>“Conflict over speaking out” (COSO/ CSO).....</i>	<i>29</i>
2.3.3 <i>Stress og stressmestring.....</i>	<i>31</i>
2.3.4 <i>Psykosomatiske lidelser og psykogen afoni</i>	<i>33</i>
2.3.5 <i>Halsen som “det svake punkt”</i>	<i>34</i>

2.3.6	<i>Personlighetstrekk og psykogene stemmevansker</i>	36
2.4	LIVSKVALITET OG STEMMEVANSKER	39
2.5	KONSEKVENSER FOR BEHANDLING	40
2.5.1	<i>Hvordan skal psykogen afoni behandles?</i>	41
2.5.2	<i>Hvem skal behandle?</i>	44
3.	FORSKNINGSPROSESSEN	47
3.1	VALG AV DESIGN OG METODE	47
3.2	UTVALG	48
3.3	SØKNAD OM KONSESJON	49
3.4	DET SEMISTRUKTURERTE FORSKNINGSINTERVJUET	50
3.4.1	<i>Utarbeidelse av intervjuguide</i>	50
3.4.2	<i>Gjennomføring av intervjuene</i>	51
3.4.3	<i>Transkriberingen</i>	55
3.5	ANALYSE OG BEARBEIDING AV DATA	56
3.5.1	<i>Grounded Theory</i>	56
3.5.2	<i>Koding</i>	57
3.5.3	<i>Tolkningsprosessen</i>	61
3.5.4	<i>Perspektivbevissthet</i>	62
3.6	RELIABILITET OG VALIDITET	64
3.6.1	<i>Reliabilitet</i>	64
3.6.2	<i>Validitet</i>	65
3.7	ETISKE REFLEKSJONER	69
3.7.1	<i>Utvalgsmetode</i>	69
3.7.2	<i>Anonymitet, konfidensialitet og informert samtykke</i>	70

3.7.3	<i>Konsekvenser</i>	71
3.7.4	<i>Intervjusituasjonen</i>	72
3.8	OPPSUMMERENDE VURDERING AV FORSKNINGSPROSESSEN	73
4.	RESULTATER	75
4.1	BAKGRUNN	76
4.1.1	<i>Alder og kjønn</i>	76
4.1.2	<i>Helse</i>	77
4.1.3	<i>Utdanning og yrke</i>	79
4.1.4	<i>Familie og omsorgsoppgaver</i>	80
4.1.5	<i>Dialektbytte</i>	82
4.2	LIVSHENDELSER OG STORE BELASTNINGER	83
4.2.1	<i>Ulykker, dødsfall og alvorlig sykdom</i>	83
4.2.2	<i>Rettssaker ved skilsmisse og barnefordeling</i>	86
4.2.3	<i>Jobbskifte og oppsigelse</i>	87
4.2.4	<i>Kampen for tilværelsen</i>	88
4.2.5	<i>Søvnmangel og total utmattelse</i>	89
4.3	PERSONLIGHET	91
4.3.1	<i>Selvfølelse og selvhevdelse</i>	91
4.3.2	<i>”Jeg er nesten aldri sint..”</i>	93
4.3.3	<i>“Fordeler” ved å være stemmeløs</i>	94
4.3.4	<i>Bekymring for andre</i>	96
4.3.5	<i>“Å svelge gråten”</i>	97
4.3.6	<i>“Jeg holder på til jeg stuper..”</i>	98
4.4	ERFARINGER MED Å MISTE STEMMEN	99

4.4.1	<i>Da stemmen forsvant</i>	100
4.4.2	<i>Angst og panikk da stemmen forsvant</i>	101
4.4.3	<i>På leting etter "hvorfor"</i>	103
4.4.4	<i>Deprimert, frustrert og desperat</i>	104
4.4.5	<i>Sosial isolasjon</i>	106
4.4.6	<i>Familieliv</i>	107
4.4.7	<i>Konsekvenser for yrkeslivet</i>	108
4.4.8	<i>Møtet med behandlingsapparatet</i>	110
4.4.9	<i>Hvilken behandlig hjelp?</i>	112
4.4.10	<i>Endringer i stemmekvaliteten</i>	115
5.	OPPSUMMERING	117
5.1	<i>Utløsende og opprettholdende faktorer ved psykogen afoni</i>	117
5.2	<i>Konsekvenser av afonien</i>	118
5.3	<i>Implikasjoner for behandling av psykogen afoni</i>	119
5.4	<i>Implikasjoner for videre forskning</i>	120
5.5	<i>Styrker og svakheter ved undersøkelsen</i>	121
	KILDELISTE	122
	VEDLEGG 1: GODKJENNING NSD	128
	VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV/ SAMTYKKEERKLÆRING INFORMANTER ...	130
	VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE	133
	VEDLEGG 4: EKSEMPEL PÅ SKJEMA FOR KODING OG TOLKNING	136

1. Innledning

Stemmen er et redskap til å uttrykke oss selv og personligheten vår. Stemmen kan også sees som et symbol på vår evne til å kommunisere med omverdenen. Stemmens kvalitet er en del av vårt kroppsspråk og vår evne til å uttrykke følelser. Uten stemme blir vi hemmet i vår evne til å gi uttrykk for vår personlighet, for følelser og i å kommunisere med andre mennesker. Vi blir avhengige av omgivelsenes omsorg og forståelse.

Our voices are so much part of our inner selves that they are affected by our thoughts, our emotions and our relationship with ourselves. Our voices are also considerably influenced by environment and relationships with other people. We cannot completely conceal how we feel; our voices communicate our emotions. (Butcher, Elias, & Raven, 1993, s.1).

Vi ønsket med denne oppgaven å oppnå en bredere forståelse av *vedvarende afoni*, hvor det ikke er gjort organiske eller nevrologiske funn. Vi velger å betegne dette som en psykogent betinget stemmevanske. Det vi i utgangspunktet var mest interessert i, var å beskrive og utvikle en forståelse av erfaringene til mennesker med afoni, og hvordan det å bli stemmeløs påvirker den enkeltes livssituasjon. Videre ønsket vi å finne ut om det eventuelt kunne være fellestrekk i forhold til utløsende og opprettholdende faktor(er). Vi håper at resultatene kanskje vil kunne få konsekvenser for vektlegging innenfor rådgivning, behandling og tilrettelegging, eller at de kan brukes som bakgrunnsmateriale for andre studier om afoni.

Møtet med informantene gjorde et sterkt inntrykk på oss. Psykogen afoni oppstår ikke uten videre, eller uten grunn. Vi har møtt noen sterke skjebner, og mennesker som har vært utsatt for ekstreme belastninger i perioder av sitt liv. Vi har stor respekt for den indre styrken informantene har utvist når det gjelder å holde ut og tåle slike påkjenninger. Vårt håp er at denne oppgaven kan bidra til en større forståelse for de livserfaringene som kan ligge til grunn for hvorfor noen ”mister munn og mæle”.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Tema er valgt med bakgrunn i prosjekteksamen vår-08 og praksis ved Bredtvet Kompetansesenter våren-08. Tema for prosjekteksamen var "*Lærere og stemmevansker- innsikt i egen vanske*". Hovedfokus var hvilken innsikt lærere med stemmevansker har i egen stemme og i forhold som kan virke inn på den. Vi kom frem til at stemmevanskene kunne sees på som et slags barometer på sinnstilstand og stress. Den typen stemmevanske som viste seg å være mest utbredt i vårt utvalg av lærere, var dysfoni eller heshet/dårlig stemmekvalitet, som utviklet seg til perioder med afoni eller stemmeløshet. Gjennom prosjektet fikk vi også et lite innblikk i hvor store konsekvenser en stemmevanske kan få i ulike sammenhenger.

I følge Bredtvet Kompetansesenter har det vært forsket lite innenfor fagfeltet afoni i Norge, og de kom derfor med en oppfordring til masterstudenter om å forske mer på feltet "Afoni på godt og vondt". Senteret har vært behjelpelig med å skaffe informanter.

1.2 Utdyping av formål og problemstilling / tematisering

Ut fra bakgrunn og valg av tema kom vi frem til at vi ønsket å gå i dybden i forhold til hva som kan utløse og opprettholde psykogen afoni, og hvilke erfaringer den enkelte har gjort seg i forhold til å miste stemmen. Formålet med denne oppgaven er å gå i dybden av følelser og opplevelser hos det enkelte individ, og å prøve å finne mulige *fellestrekk* ved fenomenet psykogen afoni. Gjennom arbeidet med oppgaven håper vi å få en bedre forståelse for hvorfor noen mennesker reagerer akkurat med å miste stemmen, og hvordan de selv opplever dette. På den annen side; hvorfor mister andre *ikke* stemmen, selv om de i utgangspunktet har samme sykdomsbilde med halsinfeksjon, eller har tilsvarende belastninger i yrke eller privatliv. Er det helt spesielle forhold ved personligheten som kan spille en rolle? Eller helt spesielle livserfaringer? Eller hvordan man reagerer på belastninger eller takler dem? Dette er noen av de spørsmålene vi ønsker å belyse i denne oppgaven, selv om dette er en liten

intervjuundersøkelse. Med utgangspunkt i dette kom vi fram til følgende problemstilling:

Hvilke forhold kan utløse og opprettholde psykogen afoni, og hvilke erfaringer har mennesker med psykogen afoni?

1.3 Forskning og psykogene stemmevansker

I denne oppgaven har vi ved hjelp av både eldre og nyere forskning sett i sammenheng med empiri, prøvd å belyse området psykogene stemmevansker, og spesielt forhold som ofte opptrer i forbindelse med psykogen afoni. Vi har brukt en del eldre kilder, men også prøvd å få med resultater fra nyere forskning. Aronson (1990a, 1990b) ser ut til å innta en helt spesiell stilling i forskningen på feltet, og de fleste ”nyere” forskere henviser til ham. På mange vis kan det også virke som om Aronson (1990a, 1990b) var ”forut for sin tid” på en del områder, og at senere forskere i stor grad bekrefter det han kom fra til. Dette gjelder for eksempel hans oppfatning av at de aller fleste såkalte funksjonelle stemmevansker er psykogene i sin opprinnelse. Derfor har vi også brukt Aronson (1990a, 1990b) som kilde i flere sammenhenger, selv om en del av hans forskning ikke er av nyeste dato.

Store personlige belastninger, vanskelige livshendelser, spesielle personlighetstrekk eller andre psykososiale forhold kan også spille en rolle i forbindelse med psykogene stemmevansker. Med dette som utgangspunkt har vi trukket inn forskning både fra stemmefeltet og fra beslektede områder, som f.eks. forskning i forhold til stress og mestring og forskning på livskriser og personlighet.

1.4 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 gjør vi rede for psykogen afoni, der vi går nærmere inn på begreper brukt i oppgaven og teori rundt psykogene stemmevansker. Vi kommer også inn på forekomst av psykogen afoni, årsaksforhold, konsekvenser for livskvalitet og

konsekvenser for behandling. I kapittel 3 gis det en redegjørelse for forskningsprosessen og valg av metode. Her kommer vi også inn på analyseprosessen, reliabilitet og validitet, etiske overveielser og egen forskerrolle i forhold til vår forforståelse. Kapittel 4 inneholder presentasjon av resultater og drøfting i forhold til teori. I kapittel 5 oppsummerer vi sentrale funn i forhold til problemstillingen, og ser på konsekvenser i forhold til videre forskning på psykogen afoni.

Der det har blitt benyttet kursiv i teksten, er dette noe vi har valgt for å fremheve spesielle betegnelser, eller for å klargjøre enkelte begreper. Kursiv blir også benyttet ved sitater i kapittel 4.

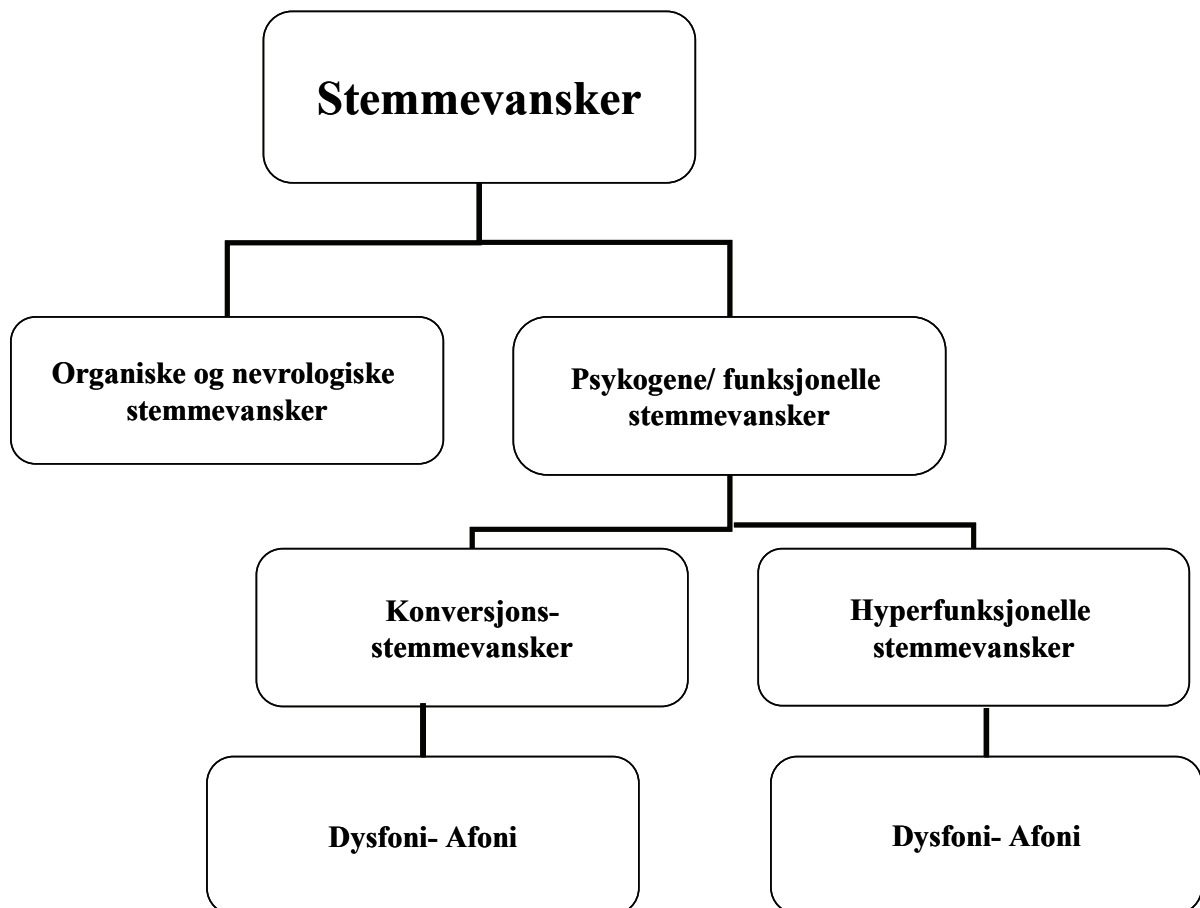
2. Psykogen afoni

2.1 Stemmevansker; en begrepsavklaring

Aronson (1990a) hevder at en person har en stemmevanske når kvalitet, stemmeomfang, styrke og fleksibilitet skiller seg fra stemmen til andre på samme alder, med samme kjønn og fra samme kulturelle gruppe. I den vestlige verden forbindes stemmevansker primært med heshet og grader av heshet, helt til den stemmeløse tilstanden som betegnes som afoni (Aronson, 1990a).

I denne oppgaven ønsker vi å belyse fenomenet vedvarende psykogen afoni, *hvor det ikke er gjort funn av nevrologisk eller organisk art som forklaring på stemmeløsheten*. Terminologien på området ”psykogene stemmevansker”, som er det området vi vil konsentrere oss om, er preget av et virvar av forskjellige betegnelser. Det blir derfor umulig for oss å begrense oss til noen få betegnelser når vi skal henvise til ulik forskning, ettersom forskjellige forskere bruker ulike betegnelser på samme fenomen.

I det følgende vil vi først forsøke å definere psykogen dysfoni og – afoni nærmere. Deretter vil vi beskrive noe av den faglige uenigheten i forhold til hva som er ”funksjonelle” eller ”psykogene” stemmevansker. Til slutt vil vi komme nærmere inn på hyperfunksjonelle stemmevansker og konversjonsstemmevansker. I figur 1 har vi forsøkt å gi en oversikt over inndelingen av stemmevansker sett ut ifra den teori vi har tatt utgangspunkt i:



Figur 1; *Stemmevansker*

Det er vanlig å dele stemmevansker i organiske/ nevrologiske stemmevansker på den ene siden, og psykogene/funksjonelle stemmevansker på den andre siden. Figuren viser hvordan psykogene stemmevansker igjen kan deles inn i hyperfunksjonelle stemmevansker og konversjonsstemmevansker, som begge kan føre til dysfoni (dårlig stemmekvalitet) eller afoni (stemmeløshet).

2.1.1 Dysfoni – afoni

Ofte blir *dysfoni* og *afoni* brukt om hverandre i forskjellig litteratur og i forskningsartikler. I mange av undersøkelsene som omhandler dysfoniske klienter, viser det seg at flere av deltakerne er afoniske. Det ser ut til at *dysfoni* er en slags samlebetegnelse, som omhandler *afoni* som den mest alvorlige tilstanden eller graden av dysfoni. Ut ifra dette har vi brukt flere kilder hvor det har vært forsket på dysfoni.

produserer lyden, i motsetning til de ekte stemmeleppene. Stemmen får derved et grovt, anstrengt, hest og lavfrekvent preg, som av noen blir sammenliknet med ”dyrelyder” eller som om noen forsøker å snakke mens de kveles. Denne tilstanden kan forekomme ved en del organiske stemmevansker, hvor klienten lærer seg til å kompensere for f. eks. lammelser i de ekte stemmeleppene. Det finnes likevel en del tilfeller hvor årsaksforholdet er uforklarlig, annet enn at stemmen fremkalles ved en enorm muskelspenning.

Afoni defineres som oftest som en tilstand av stemmeløshet, enten *vedvarende* eller *episodevis*. Episodevis afoni kan vare alt fra sekunder opp til flere dager, og kan opptre plutselig eller gradvis. Den vedvarende afonien kan vare fra dager til år.

Consistent aphonia is an absence of voicing, usually perceived as whispering, that is constantly present. Aphonia may be the result of bilateral vocal fold paralysis, in which the vocal folds are unable to adduct, or a result of central nervous system dysfunction, or it may be a psychogenic problem. (Colton, Casper, & Leonard, 2006, s.21).

Afoni er en tilstand av ufrivillig hvisking som oppstår ved manglende adduksjon i stemmeleppene, ved at de ikke lukkes til tross for en grunnleggende normal larynks. En laryngoskopisk undersøkelse viser likevel normal eller delvis adduksjon av stemmeleppene ved f.eks. hosting. Tilstanden oppstår vanligvis i løpet av noen få timer som følge av en forkjølelse eller halsinfeksjon med heshet som så går over i afoni. Afonien kan også plutselig oppstå uten ”forvarsel” i løpet av sekunder eller minutter. Hviskingen varierer fra total stemmeløshet til skarp hvisking, og til hvisking avbrutt av høyfrekvente pipelyder og øyeblikk med normal stemme. Til tross for at stemmeleppene er forhindret fra å lukke seg, er den indre strupemuskulaturen hyperanspent. Det er også vanlig med ubehag, smerter og ansenthet i strupeområdet, i halsen og i brystet (Aronson, 1990a).

De kliniske tegnene og symptomene på afoni ser ut til å være homogene, mens det ser ut til at tegn som personlighetsstruktur og psykologisk disposisjon er heterogene ved funksjonell eller psykogent betinget afoni (Kinzl, Biebl, & Rauegger, 1988).

2.1.2 ”Funksjonelle” eller ”psykogene” stemmevansker?

Det er en del uenighet mellom forskjellige forskere om den best egnede betegnelsen på en stemmevanske som ikke har organiske eller nevrologiske årsaker, tradisjonelt betegnet som *funksjonelle* eller *psykogene stemmevansker*. Baker (2008) nevner mange ulike betegnelser som: *funksjonell*, *psykogen*, *ikke-organisk*, *hysterisk konversjonsreaksjon*, *muskelspenninger*, *hyperfunksjonell*, *psykosomatisk* eller av nyere dato *medisinsk uforklarlig*. Disse betegnelse blir ofte brukt om hverandre og synonymt innenfor forskningen, og forskning vi viser til bruker ulike betegnelser.

Boone & McFarlane (1994) anbefaler å bruke betegnelsen *funksjonell stemmevanske* om hyperfunksjonelle stemmevansker, og *funksjonell afoni*, ettersom de argumenterer med at betegnelsen *funksjonell* impliserer at det er en fysiologisk årsak til stemmeløsheten, i motsetning til betegnelsen ”psykogen”. De to forskerne anser at funksjonelle stemmevansker tyder på en fysiologisk feilfunksjon i stemmeorganet, eller en stemmevanske som har oppstått gjennom feil bruk av stemmen. De mener samtidig at betegnelsen ”funksjonell” impliserer at klienten er parat til ”å gi slipp på” symptomet og derved få tilbake en normal stemme.

Aronson (1990a) peker på at vanlige årsaksfaktorer ved psykogene stemmevansker kan være; engstelse, sinne, irritabilitet, følelsesmessig stress og frustrasjon eller depresjon. Spenninger i muskulaturen kan komme både fra påvirkning av ytre faktorer i miljøet, som vansker i forbindelse med arbeid eller familie, og fra faktorer i individet som har med personlighet å gjøre. Resultatet av undertrykt spenning uten mulighet for utløsning, kan føre til unødvendig høy muskelspenning i larynks. Disse musklene viser seg å være ekstremt sensitive overfor følelsesmessig stress, og en *hyperkontraksjon* synes omtrent alltid å være fellesnevneren ved dysfoni og afoni. Derfor hevder Aronson (1990a), i motsetning til Boone & McFarlane (1994), at

psykogen stemmevanske er en bedre betegnelse enn *funksjonell stemmevanske*.

Butcher (1995) støtter dette synspunktet. Han hevder at ved å inkludere hyperfunksjonelle stemmevansker under psykogene stemmevansker, blir det heller et spørsmål om *i hvilken grad* stemmevanskene har sitt utspring i at underliggende emosjonelt stress bidrar til utløsning og opprettholdelse av de sterke muskelspenningene i strupeområdet

Det er også mulig å se på betegnelsen ”funksjonell” som en *ytre* beskrivelse av symptomer, ved at betegnelsen kun angir at det er en *forstyrrelse av en kroppsfunksjon*. Betegnelsen innebærer en beskrivelse av objektive, observerbare og målbare forhold ved stemmevansken, uten å gå nærmere inn på for eksempel årsaksforhold (Østergaard, 1994).

Også andre forskere peker på at betegnelsene ”funksjonell” og ”ikke-organisk” ikke er i stand til å spesifisere de underliggende årsakene til stemmevanskene, og at de derfor har liten diagnostisk og terapeutisk verdi. Disse betegnelsene blir derfor ikke lenger benyttet i samme grad som tidligere. Det er videre praktisk talt umulig å finne studier som gir klare, utvetydige bevis for at det er psykososiale årsaksforskjeller ved for eksempel ”muskelspenninger”, ”hyperfunksjonelle” eller ”psykogene” stemmevansker (Gerritsma, 1991; Butcher, Elias, & Raven, 1993; Baker, 2008).

Vi velger å slutte oss til dette synet. I det følgende velger vi derfor å inkludere hyperfunksjonelle stemmevansker i betegnelsen *psykogene stemmevansker*.

2.1.3 Hyperfunksjonelle stemmevansker

Hyperfunksjonell betyr overdreven bruk av energi i muskelbevegelser. Med hensyn til stemmeproduksjon henviser begrepet til overdreven spenning i alle muskler involvert i fonasjon, særlig indre muskulatur i larynks. Subglottisk trykk bygger seg opp under stemmeleppene som gir motstand til luftstrømmen. Overdreven energi blir brukt til fonasjon, og den lette rytmiske vibrasjonssyklusen blir brutt (Greene & Mathieson, 1991).

Ved hyperfunksjonelle stemmevansker kan klienten gi uttrykk for en følelse av ”klump i halsen”, stramhet eller vansker med å svelge. Generelt sett kan en si at muskulære spenninger kan lede til dysfoni, men det kan også føre til afoni (Butcher, Elias, & Raven, 1993).

Ved en del tilfeller av hyperfunksjonelle stemmevansker er det bare mulig å observere noen mindre strukturelle endringer i larynks. Disse endringene står overhodet ikke i forhold til omfanget eller konsekvensene dette har for stemmen; ”In general however, the extent of visible pathology is incongruously minor or absent in comparison with the severity of the abnormal voice.” (Aronson 1990a, s.121).

Psykogen afoni kan bli klassifisert enten som *hypo-* eller *hyperfunksjonell*, og kan veksle mellom de to formene. Ved den *hypofunksjonelle afonien* er det mangel på, eller dårlig lukke på stemmeleppene under forsøk på fonasjon, og dette fører til stemmeløs hvisking. Klienten kan likevel hoste normalt, dvs. med fonasjon. *Den hyperfunksjonelle formen for afoni* blir forårsaket av en sterk sammenpressing eller spenning av stemmeleppene, som forhindrer dem i å vibrere, og dermed forhindrer fonasjon (Böhme, 1983, ref. i Kinzl, Biebl, & Rauchegger, 1988).

2.1.4 Konversjonsstemmevansker

I en del tilfeller kan det ved psykogent betingede stemmevansker være snakk om en *konversjonsreaksjon*. Dette vil si at psykisk energi forvandles til ”organisk” dysfunksjon som fører til tap av kontroll over muskler/ kroppsfunksjoner eller sanser uten forutgående nevrologiske skader. Dette er gjerne utløst av stress i omgivelsene eller av personlige konflikter. Mye av forståelsen av dette begrepet går tilbake til Freuds psykodynamiske teori, og til hans ”hysteriske konversjonsreaksjon” fra 1896, som gikk ut på at undertrykt eller ubevisst energi assosiert med aggresjon eller seksualitet ble konvertert til fysiske symptomer, også kalt somatisering. Denne ”forvandlingen av energi” førte til at klienten kunne fornekte eller unngå bevisstheten om ellers smertefulle følelsesmessige konflikter eller nederlag (Baker, 2003).

Aronson (1990a) har følgende definisjon på en konversjonsstemmevanske:

1. Vansken har oppstått til tross for normal struktur og funksjon i stemmebåndene.
2. Den er forårsaket av engstelse, stress, depresjon eller av en mellommenneskelig konflikt.
3. Vansken har symbolsk betydning for konflikten.
4. Vansken gjør at personen unngår å konfrontere konflikten direkte, og fjerner vedkommende fra den ubehagelige situasjonen.

Kjernen til konversjonsstemmevansker kan ligge i at klienten ikke er bevisst den psykodynamikken som ligger til grunn i form av emosjonelle konflikter. Klienten er muligens ikke vant til introspeksjon eller til å verbalisere følelser, og er i tillegg preget av forestillingen om at dette innebærer å vise tegn på svakhet. De holder derfor fast på forestillingen om at tilstanden har en fysisk årsak, og kommer raskt i forsvar dersom det blir antydnet at emosjonelle konflikter kan ligge til grunn (Aronson, 1990b).

Tradisjonelt er det lite som tyder på at konversjonsstemmevansker er spesielt vanlige. Det er vanlig å regne med at bare 4-5 % av tilfellene av psykogene stemmevansker kan klassifiseres som typiske konversjonsreaksjoner (House & Andrews, 1987; Butcher, Elias, & Raven, 1993; Butcher, 1995)

Nyere forskning viser at disse reaksjonene kanskje er mer vanlige enn det man har gått ut ifra. Det er ikke lenger samme fokus på Freuds modell, som ble basert på at undertrykt seksualitet eller aggresjon lå til grunn. Baker (2003) peker på at den forklaringen man nå ofte gir på konversjonsreaksjoner som en respons på *nylig* opplevde livshendelser preget av stress, heller ikke kan forklare alle tilfeller. I sin praksis har Baker (2003), som er både logoped og psykoterapeut, kommet ut for flere tilfeller hvor den traumatiske hendelsen lå langt tilbake i tid, ofte flere år, og det kunne ta opp til flere års terapi å ”nøste” seg tilbake til den opprinnelige hendelsen.

Bare ved at denne hendelsen ble snakket åpent om og fortalt som et personlig narrativ, kunne klienten bli frisk. Nøkkelen til å finne tilbake til det skjulte traumet, var nye hendelser som på ett eller annet vis var assosiert til den opprinnelige hendelsen, og hadde virket som en ”trigger” eller utløser for stemmevansken, og derved til en somatisering av det opprinnelige traumet. Dette sammenfaller eller passer også inn i forhold til Janets (1920, ref. i Baker, 2003) ”affect-trauma modell”, som blant annet viser til hvordan smertefulle opplevelser og minner blir dissosiert fra den bevisste personligheten. Opplevelsene kan ha vært så smertefulle eller skremmende at de blir presset ned i det ubevisste, og kommer dermed ut av den bevisste eller viljestyrte kontroll. De kan derfor ikke bli integrert eller forvandlet til ”personal awareness” eller ”self-awareness”, noe Janet (1920, ref. i Baker, 2003) så som svært sentralt i forhold til psykisk helse.

Butcher (1995) er kritisk til at Freuds konversjonsmodell har gyldighet i alle de tilfellene den ofte blir brukt. En del klienter er bare i mild grad nevrotiske, og han mener det derfor blir feil å hevde at de forneker eller undertrykker ubevisste konflikter, og at de eventuelt skulle ha ubevisste fordeler av sykdommen. Han regner likevel konversjonsreaksjoner som sannsynlige i tilfeller hvor det er snakk om emosjonelle konflikter i forhold til å snakke åpent ut om problemene, eller hvor det er tydelig at det ligger undertrykt aggresjon til grunn som det er umulig for klienten å verbalisere. Han mener også at det kan være snakk om en konversjonsreaksjon dersom det er helt tydelig at klienten viser manglende motivasjon for å bli frisk, eller at ethvert forsøk på samtale om problemer blir blankt avvist.

Butcher (1995) mener det er på tide å reformulere det han kaller ”Den psykoanalytiske modell for psykogene stemmevansker”. Den ”nye” modellen bør omfatte både de klassiske, sjeldne konversjonsreaksjonene (”Freuds hysterical conversion modell”, Butcher, 1995) og det han mener er mer vanlige årsaker som bunner i en psykososial- og affekt-trauma-modell. Disse to kategoriene trenger ikke å utelate hverandre gjensidig, ved at en mulig differensiering kan foretas ut fra graden av hvordan psykologiske prosesser som undertrykkelse, fornektelse, aggresjon,

følelse av maktesløshet, osv. er tilstede. I denne modellen blir det ikke bare fokusert på ubevisste konflikter og undertrykkelse av hendelser fra fortiden. Det blir like viktig å fokusere på hvordan nylige konflikter og livshendelser kan føre til en bevisst undertrykkelse av følelsesmessig respons, som igjen fører til symptomer på anspenhet.

Baker (2003) foreslår at en slik utvidet modell kan styrkes gjennom å omfatte: "...those psychosocial features and memories of traumatic events that are not readily and consciously recalled, and certainly not always recent, and if the notion of the "conversion reaction" includes memories of traumatic experiences founded in reality." (s.317). Videre antar hun at dersom en slik modell blir lagt til grunn, vil man ende opp med en mye større andel konversjonsstemmevansker enn 4-5 %.

Det har tidligere blitt beskrevet hvordan mange klienter med "hysterisk konversjonsafoni" viste en bemerkelsesverdig liten interesse i å få tilbake stemmen igjen. Dette ble kalt "la belle indifference", og innebar at klienten fornektet tilstedeværelsen av følelsesmessige problemer eller bekymringer, og viste likegyldighet overfor forsøk på behandling. I disse tilfellene antar man at afonien er et ubevisst middel til å unngå å konfrontere dyp angst. En forandring av denne situasjonen ville kunne føre til at klienten for det første måtte "se angsten i øynene", og for det andre at måtte oppgi sin "unngåelses-strategi" i form av stemmeløsheten. Samtidig må klienten oppgi alle "fordeler" ved sykdommen. Det har vist seg å være ekstremt vanskelig å bryte gjennom en slik barriere av fornektelse, noe som også fører til at slike tilfeller er svært vanskelige å behandle (Butcher, Elias, & Raven, 1993).

Grunnen til at konversjonsstemmevansker er vanskelige å behandle, kan også være at en opprettholdelse av stemmevansken innebærer en *primær eller sekundær gevinst* eller *fordel* for klienten. En primær gevinst kan for eksempel være at sykdommen fører til en lettelse av den vanskelige situasjonen, til at en konflikt blir lagt tilside, eller at angstproduserende tanker eller situasjoner blir unngått. Dette kan innebære at man unngår å gi uttrykk for aggresjon eller uenighet, eller at man unngår en

angstfremkallende situasjon som for eksempel å holde en tale eller å lede et møte. En sekundær gevinst kan beskrives som de fordelene man oppnår ved sykdommen. Dette kan for eksempel være mer sympati og omsorg fra omgivelsene, noe man vil kunne miste ved å få stemmen tilbake igjen (Gerritsma, 1991; Boone & McFarlane, 1994; Butcher, 1995).

Likevel ytrer de aller fleste klienter med funksjonell afoni et sterkt ønske om å få stemmen tilbake igjen, og teorien om fordeler som kan oppnås ved opprettholdelse av afonien stemmer bare i enkelte tilfeller. Disse sjeldne tilfellene er vanskelige å behandle, nettopp på grunn av de dypereliggende ønskene om å beholde visse fordeler. Den stemmeløse tilstanden kan ellers bli *opprettholdt av vane*, og gjennom forventninger fra både klienten selv og omgivelsene om en tilstand av stemmeløshet (Boone & McFarlane, 1994).

Selv om klienten for eksempel kan oppnå en viss lettelse over ikke å måtte ta del i en konflikt eller å måtte gi uttrykk for aggresjon (primær gevinst), er dette vanligvis en lite tilfredsstillende løsning på sikt. Sinnet, aggresjonen eller misnøyen forsvinner ikke, og må på et eller annet tidspunkt komme til uttrykk. Her skaper stemmeløsheten nye problemer som kan føre til at man ikke blir hørt, bokstavelig talt, i både jobbsammenheng og i mer private forhold (Butcher, 1995).

2.2 Forekomst

2.2.1 Psykogene stemmevansker; et kvinnefenomen?

Det kan være flytende grenser mellom organiske og funksjonelle stemmevansker, og det er vanlig å regne med at funksjonelle stemmevansker utgjør 70-80% av alle typer stemmevansker (Karlsen, 2009). Vi baserer våre opplysninger i forhold til dette på muntlige kilder og en nettkilde. Det har ikke vært mulig for oss å finne andre kilder som bekrefter dette tallet.

Østergaard (1994) har i sin hovedoppgave ”Den forsvundne stemme- en beskrivelse og analyse af psykogen afoni”, samlet opplysninger fra ulike lærebøker og forskere, og kommet fram til et bilde av forekomsten av psykogen afoni i Danmark med hensyn til alder, kjønn og hyppighet. Hun hevder at afoni er den hyppigste form for psykogen stemmelidelse, men at det på grunn av mer kunnskap og informasjon er lavere forekomst og færre tilfeller i dag. Undersøkelsen viser at selv om psykogen afoni er forholdsvis sjelden, er det likevel et sted mellom 30 og 200 tilfeller pr. år i Danmark (ikke alle spørreskjema i undersøkelsen ble returnert, derfor fremgår det ikke helt eksakte tall).

Data fra flere undersøkelser er stort sett sammenfallende når det gjelder kjønns- og alderssammensetningen til klienter med afoni. Psykogen afoni og dysfoni forekommer sjelden hos barn, men kan forekomme rundt puberteten hos både gutter og jenter, særlig hos unge kvinner. Den forekommer også ofte blant kvinner i alderen 45-55 år (Kinzl, Biebl og Rauchegger, 1988; Gerritsma, 1991; Østergaard, 1994; Baker, 2008).

Nyere forskning fra Australia i 2006, som omfattet 73 kvinner som var til behandling for stemmevansker, viser at yrkesgruppen lærere hadde størst risiko for å utvikle funksjonelle stemmevansker. 68 % av kvinnene med funksjonelle stemmevansker levde i ekteskapelige forhold, 18 % var skilte eller separerte og 14 % var single eller levde alene. Videre viste undersøkelsen at 49 % av kvinner med funksjonelle stemmevansker hadde opplevd seksuelt misbruk, vold eller kvelning i løpet av livet sitt (Baker, 2008).

Mye tyder på at psykogene stemmevansker hovedsakelig er et *kvinnefenomen*. Forskjellige undersøkelser viser at andelen kvinner ligger på mellom 74 % og 89 %. Det kan være en del som tyder på at mange av disse kvinnene tar hovedansvaret innen familien, og at de samtidig er ute av stand til å foreta forandringer i en utilfredsstillende situasjon, mye på grunn av mangel på selvhevdelse (Butcher, Elias, & Raven, 1993). Også nyere forskning bekrefter tidligere funn om at psykogene

stemmevansker vanligvis er et kvinnefenomen, i forholdet 8:1, kvinne: mann (Baker, 2003).

På bakgrunn av forskningen i sin hovedoppgave, hevder Østergaard (1994) at det er en tilsynelatende sterk overvekt av kvinner blant personer med psykogen afoni og dysfoni. Dette reiser spørsmål om forskjellen skyldes at kvinner har en større tendens til generelt å reagere med psykogene lidelser, eller om kvinners psykogene lidelser oftere enn menns kommer til uttrykk som stemmevansker. Kanskje har menn andre former for psykogene lidelser, eller kanskje tilfellene er underrapportert fordi de ikke søker hjelp. Undersøkelser viser at kvinner oftere søker hjelp og behandling for så vel fysiske som psykiske lidelser. Dette kan ha resultert i et skjevt bilde av de faktiske forhold i forhold til psykogene stemmevansker (Østergaard, 1994).

Mirdal (1990) hevder at kvinner oftere enn menn får en psykogen diagnose, og at en somatisk diagnose er mer vanlig når det gjelder menn. På denne måten kan bildet av kjønnsfordelingen i forhold til psykogen afoni være feil.

Følelsen av maktesløshet, manglende selvtillitt og dårlig evne til selvhevdelse er ofte sammenfallende med psykogen afoni. Butcher (1995) peker på at disse personlighetstrekkene er hyppigere til stede hos kvinner i en *mannsdominert kultur*, og i samfunn som undertykker kvinnelig initiativ og selvhevdelse. Det kan derfor være relevant å se psykogene stemmevansker i en feministisk sammenheng.

I sammenheng med den høye andelen av kvinner med psykogene stemmevansker i perioder av livet med store *hormonelle forandringer*, kan det være interessant å se nærmere på hvordan hormonelle endringer kan bidra til forandringer i stemmekvaliteten. Stemmebåndene påvirkes av både hormonelle og aldersmessige faktorer. For kvinner vil hormonelle forandringer i puberteten, ved menstruasjon og graviditet føre til en økning av væskeansamlinger som igjen gir hevelser i stemmebåndene. Hovne stemmebånd vil kunne resultere i heshet, ruskete og/eller luftfylt stemme da stemmebåndslukket blir noe uregelmessig på grunn av hevelsen. Dette er imidlertid små endringer som ofte bare merkes av profesjonelle

stemmebrukere eller sangere. *Overgangsalderen* medfører en reduksjon av østrogennivået som også medfører en hevelse i stemmebåndene. I motsetning til den midlertidige forandringen som foregår under menstruasjon, vil denne forandringen i stemmebåndsstrukturen være varig. Det må imidlertid påpekes at hele kroppen gjennomgår hormonelle forandringer i forbindelse med overgangsalderen og flere aldersrelaterte faktorer vil også kunne påvirke stemmen (Martin & Darnley, 2004).

2.3 Årsaksforhold

Som allerede nevnt kan ikke-organiske stemmevansker være psykogene, og økt muskelspenning kan også spille en viktig rolle for utviklingen av disse stemmevanskene. Sannsynligvis er både indre og ytre muskulatur i larynks svært sensitiv i forhold til blant annet følelsesmessig stress. Begge faktorer spiller derfor en rolle i utviklingen av ikke-organiske stemmevansker, og det kan synes som om det kan være snakk om *et sammenfallende årsakskompleks*. Nyere forskning peker også på at en mulig forklaring på afoni kan være at årsakene er psykogent betinget via fortrenge følelser, psykisk traume eller stress og muskulære spenninger (Colton, Casper, & Leonard, 2006).

Om en stemmevanske skyldes feilbruk av stemmen eller psykososialt stress, blir dermed et spørsmål om i hvilken grad underliggende følelsesmessig stress bidrar til utløsning og opprettholdelse av spenninger i larynks. Samspillet mellom ulike årsaksfaktorer blir dermed av betydning. Faktorer som store krav til stemmebruk, opplevelse av stress eller kronisk stress og organsårbarhet hos den enkelte, vil spille en viktig rolle. Samtidig vil en persons følsomhet for stemmeorganet, eller bevissthet rundt stemmen, også være av betydning. Stemmevansken oppstår ofte ved at en spesiell hendelse utløser dysfoniske symptomer. Stemmevansken kan få følelsesmessige konsekvenser, og dette vil forsterke den følelsesmessige stressfaktoren som igjen vil kunne forverre stemmevanskene (Seifert & Kollbrunner, 2005).

House og Andrews' (1987) undersøkelse av 71 klienter med funksjonell dysfoni i forhold til psykiatriske og sosiale karaktertrekk, viste at det var lite som tydet på alvorlige psykiatriske vansker i gruppen, men heller på *mindre alvorlige eller uspesifiserte psykiske vansker*. Undersøkelsen danner bakgrunn for å hevde at *psykososiale stressorer* er av større betydning for utløsning av funksjonell dysfoni enn alvorlige psykiatriske diagnoser. Vi vil i det følgende gå nærmere inn på mulige årsaksforhold i forbindelse med psykogen dysfoni / afoni, hvor vi vil prøve å belyse *hvorfor* noen mennesker mister stemmen.

2.3.1 "Livshendelser" og traumer

Forskere har undersøkt om personer med psykogen afoni og/ eller dysfoni, har vært utsatt for stress forut for at lidelsen har oppstått. Freidl, Friedrich og Egger (1990) gjennomførte en undersøkelse som viste at personer med psykogen dysfoni hadde en forhøyet "life events"-verdi. Dette vil si at de hadde vært utsatt for stort psykososialt stress og det som kan betegnes som livskriser. Freidl, Friedrich, Egger og Fitzek (1993) viste at personer med psykogen afoni opplevde en høyere grad av krav til dem i hverdagen, de hadde vært ute for flere "life events" og flere belastningsfaktorer.

Ved en studie av dysfoniske klienter som ikke responderte på standard behandling, fant Butcher, Elias, Raven, Yeatman og Littlejohns (1987) ut at dysfonien hadde sammenheng med en eller flere vanskelige livshendelser forut for utbruddet av dysfonien. Dette kunne være: Å være involvert i en familiekrangel, å bli isolert fra familie og venner, ambivalens i forhold til en påbegynt utdanning eller opplevelsen av å miste en nær person.

I en undersøkelse fra Storbritannia fant man fram til 12 kategoier av livshendelser med betydelig risiko for negativ helsemessig langtidseffekt i et tilfeldig utvalg av befolkningen (Brugha, Bebbington, Tennant, & Hurry, 1985). Disse 12 hendelsene utgjorde 77 % av alle rapporterte hendelser med stor eller betydelig langtidseffekt. Vi har tatt med de punktene som har størst relevans for våre funn:

1. Alvorlig sykdom eller skade på den enkelte.
2. Alvorlig sykdom eller skade på en nær slektning.
3. Dødsfall som gjelder foreldre, søsken barn eller ektefelle.
4. Separasjon på grunn av ekteskapelige problemer.
5. Personen blir oppsagt på jobben.
6. Store økonomiske problemer eller krise.
7. Problemer i forhold til politi eller rettsvesen.

I tillegg til disse hendelsene, ble også andre hendelser nevnt. Det blir for omfattende i denne sammenheng å skulle nevne alle disse, men som en liten sammenfatning kan følgende forhold nevnes: Forandringer i privatliv eller jobbsammenheng som å få barn, å gifte seg, å avslutte et kjærlighetsforhold, å flytte, konflikter i forhold til venner og familie, arbeidsløshet, å begynne i en ny jobb, å avslutte studier eller forandringer i forhold til personlig økonomi.

Cochrane og Robertson (1973) har en tilsvarende oversikt over forhold i livet som kan betegnes som "livshendelser", som de kaller "Life Events Inventory", som består av 55 forskjellige hendelser. Mye er sammenfallende med de hendelsene som er nevnt ovenfor. Det er likevel interessant at disse forskerne peker på at det ikke nødvendigvis er alle hendelsene i seg selv det er vanskelig å takle. Mye tyder på at det er den enkeltes respons og reaksjon på omveltninger i livet som er utslagsgivende. Mye har å gjøre med hvordan vi takler stress. En annen dimensjon ved en slik liste av hendelser, er i hvilken grad den enkelte har innflytelse og kontroll på det som skjer. I denne sammenheng kan det være interessant å trekke fram at flere forskere peker på at mange (kvinnelige) klienter med psykogene stemmevansker nettopp befinner seg i en situasjon hvor de har liten innflytelse på og kontroll over egen livssituasjon, og at følelsen av maktesløshet er fremtredende (Butcher, Elias, & Raven, 1993; Butcher, 1995).

Det er mulig å se på ”livshendelser” som *livskriser av eksistensiell betydning*, og som derfor berører selve forutsetningen for å være menneske. Dette er hendelser som kan ha innvirkning på vår selvfølelse dypest sett; vår følelse av å være verdifulle og å lykkes. Like viktig er opplevelsen av å være ”sett”, og å være del av en meningsfull sammenheng hvor man står i dialog med andre. Mister man dette, kan det føre til en følelse av forlatthet, sorg eller tomhet. Dersom man mister følelsen av trygghet i tilværelsen, og mister kontrollen over det som skjer i ens liv, kan dette føre til angst og følelsen av kaos og meningsløshet. Slike psykiske kriser er alle dypt smertelige erfaringer (Cullberg, 2007).

2.3.2 “Conflict over speaking out” (COSO/ CSO)

Ved å studere spesielle livshendelser som muligens kunne ha en sammenheng med psykogene stemmevansker, har flere forsker kommet fram til det de kaller ”Conflict Over Speaking Out” (COSO/ CSO). Dette handler om *problemer med å hevde egne meninger og behov i en konfliktsituasjon*. House og Andrews (1988) har forsket på sammenhengen mellom livshendelser og utløsning av psykogene stemmevansker. Resultatene viste at av de opprinnelige 71 klientene, der 61 var kvinner, kunne 56 datere utløsning av stemmevansken. I løpet av året forut for utløsning av stemmevansken hadde 54 % av disse kvinnene opplevd minst en hendelse som kunne beskrives som COSO/ CSO, ”conflict over speaking out”. Bare 16 % av kontrollgruppen, som bestod av kvinner uten stemmevansker, hadde lignende opplevelser. 21 % av stemmevanskegruppen hadde hatt slike opplevelser i løpet av de siste fire ukene, i motsetning til ingen fra kontrollgruppen. Andre typer hendelser og vansker var ikke mer vanlig i gruppen kvinner med dysfoni enn hos kontrollgruppen. Dette viser at mens alvorlige hendelser og problemer forut for utløsning av dysfonien ikke forekom oftere i kontrollgruppen enn hos gruppen med psykogene vansker, var COSO relativt vanlig i denne gruppen.

Mange klienter med psykogene stemmevansker sliter med store belastninger på flere områder. Butcher, Elias og Raven (1993) nevner spesielt kombinasjonen av stor

ansvarsbyrde overfor familie, i kombinasjon med manglende evne til å foreta endringer i en uholdbar og uutholdelig situasjon. Dette kunne skyldes mangel på selvhverdelse eller en følelse av resignasjon eller maktesløshet, og kunne for eksempel forekomme i ekteskap med passive partnere som ikke tok noe ansvar, eller i situasjoner hvor de måtte ta hele ansvaret alene for en gammel og syk forelder. Det var også flere tilfeller av klienter som ble helt dominert og kontrollert av krevende barn, tenåringer eller unge voksne. Fordi disse klientene hadde så store vansker med å uttrykke egne meninger eller sinne, måtte de akseptere mange personlige konflikter uten protest. Språklige ”bilder” på denne sammenhengen kan være: ”Ordene satt fast i halsen på meg”, eller ”Jeg måtte svelge sinnet mitt”

Også Case (1991) mener at konflikter ofte kan ligge til grunn for en konversjonsreaksjon:

There usually is evidence of a breakdown in communication between the patient and some other person of importance, such as a spouse, parent, child or person of authority. The loss of voice seems to serve the function of eliminating the burden of attempting to continue, maintain or reestablish the communication that has become so psychologically painful to the patient.
(s.196)

Andersson og Schaléns (1998) undersøkelse indikerer at *sosialt stress relatert til interpersonlige forhold i familien, yrke og/ eller andre sosiale aktiviteter* står for den mest rapporterte eksterne frustrasjonen assosiert med psykogene stemmevansker, og stemmevansken kan dermed tolkes som en somatisk reaksjon på emosjonelle problemer. Det samme blir hevdet av Günther, Mayr-Grafl, Miller og Kinzl (1996).

I en studie av Kinzl, Biebl og Rauchegger (1988) hadde de afoniske klientene i undersøkelsen ingen spesielle personlighetstrekk til felles, men alle uttrykte at deres nåværende livssituasjon var belastende. En del av klientene led av depresjon, og disse klaget ofte over manglende støtte fra partneren. Stemmелøsheten førte til at de kunne unngå nødvendige konflikter i parforholdet.

Klientene med psykogene stemmevansker i undersøkelsen til Seifert & Kollbrunner (2005) syntes ikke ofte å lide av konflikter i forhold til alvorlige psykiske lidelser, men heller *engstelse for hverdagslige ting*, redsel for å feile, irritasjoner, skuffelser i forhold til seg selv eller andre, uoppfylte drømmer og ønsker, følelse av utilstrekkelighet og mangel på selvtillitt.

2.3.3 Stress og stressmestring

En faktor som kan ha stor betydning for utløsning av psykogen afoni, er stress. Stress kan beskrives som en form for interaksjon mellom krav fra omgivelsene og individets evne til å møte disse kravene. Dette gjelder både *akutt stress* ved traumatiske hendelser/ sjokkopplevelser, og *langvarig stress*. Reaksjonene kan være av forbigående art, men kan også legges til tidligere reaksjoner og bli *kroniske*. Den daglige bruk av ordet stress henviser til en opplevelse av at man ikke har kontroll over situasjonen, manglende mestring eller opplevelsen av tidspress. Subjektive opplevelser av stress kan arte seg som følelsen av å være trøtt, nervøs eller syk (Selye, 1978; Arnetz, 1995; Martin & Darnley, 2004).

Det er tre hovedinnfallsvinkler til å forstå hva stress er. For det første er stress et fysiologisk og psykologisk svar fra organismen på forskjellige former for belastninger. For det andre representerer stress enhver ytre hendelse som individer ikke har erfaring med, og hvor det kreves en uvanlig stor innsats for *mestring*. Katastrofer av forskjellige slag, livskriser, tap av arbeid eller førlighet og dødsfall hører med her. For det tredje kan stress ses som et samspill mellom individ og omgivelser, der stress oppstår i spenningsforholdet mellom en person og omgivelsene. Ofte i situasjoner der en person vurderer omgivelsene som så belastende at ressursene ikke strekker til (Selye, 1978; Bunkholdt, 2002; Seifert & Kollbrunner, 2005).

Reaksjonene på stress kan kanskje sammenlignes med reaksjoner en får i truende situasjoner der kroppen settes i alarmberedskap. Ofte er en ikke klar over de følelsesmessige og psykologiske reaksjonene, men kan merke de fysiske. Det er disse

fysiske reaksjonene som både direkte og indirekte påvirker fonasjonsprosessen. Noen av disse reaksjonene er tørrhet i munn, spenninger i nakke og skuldre, muskelsammentrekninger, raskere og mindre dyp pust samt raskere puls. I tillegg kan fordøyelsesbesvær føre til reflux, eller oppstøt av magesyre, som påvirker stemmebåndene og fører til irritasjon og sårhet (Martin & Darnley, 2004).

I ekstremt angstutløsende situasjoner, kan det autonome nervesystemet utløse reaksjoner både i forhold til hjerterytme, produksjon av magesyre, hormonproduksjon og produksjon av sekreter i stemmebåndene (Rosen, Heuer, Levy, & Sataloff, 2003; Case, 1991).

Det er helt vanlig å oppleve hvordan stress kan virke inn på hele kroppen, inklusive stemmen, i situasjoner hvor vi opplever ekstrem prestasjonsangst eller for eksempel ”scene-skrekk”. Kroppslige symptomer kan være en manglende kontroll over kroppen som kan vise seg ved økt svetting, hjertebank, rødme og en følelse av tørrhet i munnen og halsen. Nettopp denne tørrheten kan føre til problemer med artikulasjon og fonasjon. Dette i seg selv er en demonstrasjon på en psykogen stemmereaksjon, som kan illustrere hvordan det autonome nervesystemet virker inn på mange områder, inklusive stemmen (Case, 1991).

Ofte utvikler ofre for sterkt traumatisk stress akutt katastrofesyndrom, og på lang sikt kan det utvikle seg et såkalt *posttraumatisk stressyndrom*. Dette kan vise seg som angst, oppgitthet, depresjon, søvnløshet, konsentrasjonsvansker og andre kognitive forstyrrelser (Mirdal, 1990; Bunkholdt, 2002).

Måten å forholde seg til en stresset situasjon kalles på engelsk ”coping”. ”Coping” kan oversettes til forsøk på å gjenopprette likevekten i en stresset situasjon, eller forskjellige måter å forholde seg til og takle problemer. Man forholder seg til det som har utløst stresstilstanden, og samtidig så forsøker man å bringe seg selv i balanse igjen. Den enkelte person har en spesifikk sårbarhet overfor stress, betinget både av arv og miljø. Konsekvensene en stressopplevelse får, avhenger av den enkeltes grad av kontroll over situasjonen. Det er ikke bare stress i seg selv som har betydning for

en eventuell sykdomsrisiko, men også en persons ”coping”-strategi eller *mestringsstrategi* (Mirdal, 1990).

Mestring er ofte situasjonsavhengig, og mennesker tilpasser sine mestringsstrategier til den enkelte situasjon. Det er ingen tvil om at personlighet spiller en viktig rolle i forhold til opplevelsen av stress og måten mennesker takler stress på. Det synes å være slik at både motstandsdyktige og sårbare mennesker har hver sin måte å takle stressende situasjoner på. Det kan av og til synes som om sårbare personer overdriver stressopplevelser, og at opplevelsen av stress til en viss grad er selvskapt. Slike personer står i fare for å havne i en *ond sirkel* fordi de går glipp av den følelsen av velvære som mestring av stress gir. Optimistiske og motstandsdyktige personer synes å gi uttrykk for mer positive holdninger og møter mer positiv atferd i interaksjon med andre. Det er også viktig å kunne tilpasse seg virkeligheten når den ikke kan forandres, og ha evne til å møte egne negative følelser på en konstruktiv måte. Samtidig har omgivelsene i form av sosialt nettverk, sosial støtte, økonomi og andre tilgjengelige tjenester stor betydning for hvordan man opplever stress. I mange tilfeller synes det likevel å være slik at det ikke er den objektive situasjonen i seg selv, men den enkeltes vurdering og evne til å takle den, som er avgjørende for resultatet. Det kan synes som om det som har størst innvirkning på helse og velvære, er *vedvarende stressende forhold som ikke mestres fordi utfordringene er for store i forhold til den enkeltes ressurser* (Seifert & Kollbrunner, 2005; Semmer, 2006).

2.3.4 Psykosomatiske lidelser og psykogen afoni

Uttrykket ”somatisk” ble brukt første gang av Stekel i 1943 (De Gucht, 2001). Hun definerte det som ”a bodily disorder that arises as the expression of a deep-seated neurosis” (De Gucht, 2001, s. 5). Nå har betegnelsen blitt et populært uttrykk brukt både av psykiatere og psykologer. Mirdal (1990) definerer somatisering som ”tendensen til at oppleve og uttrykke stress i form af fysiske symptomer” (s. 112). Men hevder at det også kan betraktes som en mestringsstrategi:

Fysiske stresssymptomer kan tvertimod udgøre en stor aflastning ved at aflede opmærksomhed, skabe pusterom i en belastet periode, være en acceptabel løsning i en situation, hvor selvagtelsen står på spill, aflede vrede, mobilisere omsorg og øve kontrol over omgivelserne. (Mirdal, 1990, s. 112).

Det viser seg at andre tilstander, som også kan karakteriseres som psykosomatiske, ser ut til å forekomme så hyppig som i 75 % av tilfellene i enkelte undersøkelser om psykogen afoni. Som eksempler blir bl.a. anoreksi, bulimi, migrene, astma, allergi og diffuse mageproblemer nevnt. Mer sosiale og mindre hemmete personer synes å være mer motstandsdyktige mot infeksjoner inkludert forkjølelse, allergi og astma (Kinzl, Biebl, & Rauegger, 1988; Segerstrom & Smith, 2006).

Kronisk engstelse skiller seg fra *akutt angst* ved at den i større grad ser ut til å være et vedvarende personlighetstrekk hos personer som er i risiko for å utvikle psykosomatiske lidelser. Andre reaksjoner på langvarig høyt angstnivå, og at kroppen altfor lenge har vært i ”alarmberedskap”, kan være ødelagt døgnrytme og *søvnvansker*. De store mengdene med stresshormoner som blir utløst i kroppen, fører til visse fysiologiske forandringer. Et typisk symptom på dette er en kombinasjon av svakhet og tretthet med irritable islett. Andre typiske tegn er psykosomatiske reaksjoner (Mirdal, 1990; Cullberg, 2007) I tillegg kan en *kronisk engstelse* gjøre en mer sårbar for psykosomatiske lidelser (Kinzl, Biebl, & Rauegger, 1988; Greene & Mathieson, 1991; Mirdal, 1990).

2.3.5 Halsen som ”det svake punkt”

Det blir hevdet at ”stressors can disrupt homeostasis in two ways: by being beyond our power of adaptability or by causing disease because there is a particular weakness in the structure of our organism.” (Selye, 1980, s. 136). Den samme stressor vil kunne føre til vidt forskjellige lidelser hos forskjellige individer med forskjellige ”svake punkter”. For at det skal oppstå en psykosomatisk sykdom, må det være en spesifikk organsårbarhet i utgangspunktet som gjør en bestemt del av organismen særlig mottagelig for påvirkninger. Når en person på grunn av en rekke innbyrdes avhengige

faktorer utvikler en psykogen lidelse, vil *det svakeste ledd i organismen* (Locus minoris resistentiae) bli rammet. For noen mennesker vil dette være hjertet, mens for andre nervesystemet, mage- tarmsystemet eller larynks og stemmen. Dette er årsaken til at mennesker utvikler forskjellige sykdommer/ lidelser selv om de er utsatt for de samme stressorene/ påkjenningene (Selye, 1980).

Kinzl (1991) hevder videre at grunnen til at symptomet nettopp blir afoni, sannsynligvis skyldes forutgående infeksjoner som gjør at larynks blir det ”svake punktet”. Samtidig går det lang tid før somatiske årsaker kommer frem på grunn av infeksjoner i larynks, og det tar derfor lang tid før personen henvises til logoped eller lignende. Denne ventetiden er med på å gjøre tilstanden mer kronisk og hardnakket.

En afoni kan ofte utvikle seg i forbindelse med, eller i etterkant av, en forkjølelse eller en halsbetennelse. *Laryngitt* er en betennelsesreaksjon i stemmeleppene og larynks. Den kan enten ha sin årsak i påvirkning fra skadelige midler som tobakk, alkohol og narkotika, eller i misbruk eller feilbruk av stemmen. Videre kan allergi, forurensning, støv eller refluks / ”sure oppstøt” være utløsende faktor. Laryngitt kan også være resultat av infeksjoner i øvre luftveier som har en generell effekt på slimhinnene i pusterøret inkludert larynks. Problemet kan være akutt eller kronisk. *Akutt laryngitt* med bakgrunn i bakteriell- eller virusinfeksjon, krever medisinsk behandling, og har ikke nødvendigvis sammenheng med feilbruk av stemmen. Likevel påvirker det stemmeproduksjonen og den kan indirekte bli forverret ved overdreven bruk av stemmen. Kronisk feilbruk av stemmen kan føre til *kronisk laryngitt* med vedvarende betennelsesreaksjon og kanskje fortykning og uttørking av stemmeleppene. Tegn på laryngitt kan være hes og ru stemme fulgt av en følelse av tørrhet og ubehag i strupen. I de tilfellene hvor hesheten kom etter infeksjonen, kan den vedvare en stund etter at infeksjonen er under kontroll. Fortsatt bruk av stemmen i denne perioden vil forverre infeksjonen og føre til vedvarende heshet. Toneleie ved laryngitt kan enten synes å være høyere eller lavere enn normalt, og det vil være vanskelig å snakke høyt (Colton, Casper, & Leonard, 2006).

Kinzl, Biebl og Rauchegger (1988) hevder at hos mer enn halvparten av deres klienter med funksjonelle stemmevansker, blir en forutgående halsbetennelse ”brukt” av klienten som utløsende faktor, som en somatisering av en underliggende psykodynamisk konflikt.

Kronisk allergi, ofte assosiert med astma, synes å ha en sammenheng med funksjonelle lidelser i pusterøret, der en person er hypersensitiv overfor ulike stoffer i omgivelsene. Eksempler på slike stoffer kan være pollen, soppsporer, fjær og støv. Følelsesmessige faktorer har senere blitt sett i sammenheng med de opprinnelige fysiske reaksjonene. Mange utvikler mer alvorlige reaksjoner under stress. De psykogene sidene ved allergi og astma kan stille krav til psykologiske korrigeringer og psykoterapi for noen personer (Greene & Mathieson, 1991).

Astma kan også sees i sammenheng med feilbruk av stemmen på grunn av stadig hosting ved anfall. Stadig hosting og harking for å rense halsen/ strupen fører til en større fare for feilbruk av stemmen på grunn av kraftig adduksjon av stemmeleppene. Denne hostingen og harkingen kan også bli en vane. I noen sammenhenger kan man også se hevelser/ væskeansamlinger i strupen i sammenheng med allergi mot bestemte matvarer. I følge Freeman et al. (1987, ref. i Greene & Mathieson, 1991), bør man alltid ta med i betraktningen reaksjoner på spesielle stoffer i omgivelsene når man vurderer tilfeller av psykogen dysfoni. Reaksjoner kan føre til væskeansamlinger og stivhet i stemmeleppene, og til ufullstendig lukke av stemmeleppene (Greene & Mathieson, 1991).

Klienter påstår ofte at stemmevanskene er relatert til allergi, men få undersøkelser har funnet noen direkte effekt av allergien på stemmeorganet (Colton, Casper, & Leonard, 2006).

2.3.6 Personlighetstrekk og psykogene stemmevansker

Det har blitt brukt uttrykk som ”stemmen er sjelens ekko” (Skard, 1993) eller ”stemmen er følelsenes barometer” (Aronson, 1990a) for å beskrive forholdet mellom

stemmen og våre følelser og vår personlighet. Rosen, Heuer, Levy og Sataloff (2003) peker på hvordan nettopp det forholdet at stemmen er så nært knyttet til hvordan vi gir uttrykk for vårt ”selv”, gjør den spesielt følsom for psykologisk innvirkning. Ved at kropp og sjel henger så tett sammen, vil følelser ha innvirkning på nevro-kjemiske prosesser som igjen virker inn på alle organsystemer. Derfor vil fysiske reaksjoner virke inn på følelseslivet vårt, på samme vis som følelsene kan ha en gjennomgripende effekt på kroppslige funksjoner.

Den viktige påvirkningskraften følelser og personlighet har på stemmen, stemmens rolle som en del av personligheten og stemmen som redskap for å uttrykke følelser, har ført til en mengde studier som har prøvd å belyse og forklare disse sammenhengene, spesielt med hensyn til stemmevansker. Ulik metodebruk gjør sammenligningen av disse studiene vanskelig, men det er likevel noen felles personlighetstrekk som ser ut til å gå igjen hos klienter med ikke-organiske stemmevansker.

Andersson og Schalén (1998) definerer psykogene stemmevansker som ”a specific disorder of verbal emotional expression” (s.104). Videre hevder de at det ikke er kjent hvorfor enkelte personer har dårlige evner til å takle sosialt stress relatert til konflikter, men at en type predisponert personlighet, som har vansker med å takle konflikter og sterke følelser, synes å være viktig i denne sammenhengen. De nevner *hjelpeløshet, manglende evne til å takle egen livssituasjon og til å hevde seg selv, dårlig sosialt nettverk, lav yrkesstatus* og i noen tilfeller etniske identitetsproblemer som noen av funnene. Selv om det ikke ble gjort forsøk på å definere en bestemt personlighetstype som er spesielt disponert for psykogene stemmevansker, antyder Andersson og Schalén (1998) at dette er en person som *mangler selvtillit*.

Også andre forskere har beskrevet klienter med psykogene stemmevansker som spesielt utsatt for angst, som konfliktsky og med problemer med å hevde egne meninger og behov. De har videre en tendens til stor selvbeherskelse og overdreven respekt for sosiale normer. Andre trekk ved personligheten ser ut til å være perfeksjonisme og høye ambisjoner, sammen med et negativt syn på seg selv og på

forholdet til andre mennesker. Likevel er den tydeligste ”fellesnevneren” *den lave selvtilliten, problemer med å hevde egne meninger og behov og det å kunne uttrykke aggresjon eller negative følelser i konfliktsituasjoner*. Dette kunne man ofte se i sammenheng med konflikter og kriser i forhold til arbeidsgiver, ektefelle, lærer eller foreldre. Innadvendthet eller *introverte trekk* blir også nevnt av flere. Det kan virke som om personer med disse personlighetstrekkene ser ut til å være spesielt utsatt for psykogene stemmevansker, heller enn at stemmevanskene er en konsekvens av endringer i personligheten (Aronson, 1990a; Gerritsma, 1991; Günther, Mayr-Grafl, Miller, & Kinzl, 1996; Nelson, Bless, & Heisey, 2000; Seifert & Kollbrunner, 2005).

Selvfølelsen vår kan ikke bare sees i forhold til hvem vi tror vi er, men også i forhold til det vi har valgt som livsoppgave eller yrke. Ved å ta utgangspunkt i hvilke egenskaper som karakteriserer *profesjonelle stemmeutøvere* i bestemte yrker som sangere, skuespillere eller politikere, er det mulig å beskrive dem som personlighetstyper som ytre sett fremstår som selvsikre konkurransemennesker med stor tro på seg selv. ”Sett innenfra” er selvfølelsen ofte svært skjør, og personligheten kan være preget av at de er drevet av store ambisjoner, *perfeksjonisme og sterk indre kontroll*. Når stemmen svikter, blir disse menneskene drevet inn i en tilstand av intens fortvilelse, hvor nettopp den sviktende selvfølelsen kan forsinke prosessen med å få tilbake stemmen igjen (Rosen, Heuer, Levy, & Sataloff, 2003).

Ettersom de karakteristikkene som her er nevnt synes å samsvare med et stort antall lærere, vil det etter vårt syn være mulig å overføre disse resultatene til også å gjelde lærere.

Aronson (1990b) beskriver hvordan alle hans klienter med psykogene stemmevansker hadde en egenskap til felles; de var utad rolige, men ”på innsiden” kunne de beskrives som ambivalente, sinte, engstelige eller deprimerte. Som predisponerende personlighetstrekk regnet han også *vansker med å uttrykke aggresjon eller sorg, og en manglende evne til å forsvare eller uttrykke seg verbalt i konfliktsituasjoner*.

2.4 Livskvalitet og stemmevansker

De senere årene har det vært mer fokus på klientens egen tolkning og oppfattelse av hvordan stemmevanskene påvirker deres liv enn tidligere. Gjennom kartlegging har det blitt fokusert på virkningen av behandling, og på hvilken innvirkning stemmevansken har på følelsesmessige og sosiale aspekter ved klientens liv. Samtidig har man i dag fokus på klientens evne til å fungere i hverdagen, som for eksempel i en jobbsammenheng.

Livskvalitet henger også nøye sammen med personlighet. En side ved atferd og sykdom, eller her psykogen afoni, er i hvilken grad en person er i stand til å fungere på ulike livsarenaer som familieliv, yrkesliv, skole, fritidsaktiviteter og sosialt liv. Generelt sett kan denne komponenten betegnes som *konsekvensen av afonien* eller som en funksjonshemming, og mange inkluderer her det mer omfattende begrepet livskvalitet. Innenfor dette inkluderes ofte følelsesmessige reaksjoner på afonien som et aspekt ved funksjonshemmingen. Tilbaketrekking fra viktige aktiviteter i hverdagen blir sett i sammenheng med negativ sinnsstemning og særlig *depresjon*. Depresjon relateres til økt funksjonshemming i lys av sykdom, og sammenhengen mellom funksjonshemming og depresjon hevdes å være gjensidig (Williams, 2006).

Optimisme og *pessimisme* har også vært i fokus innenfor forskning på individuelle forskjeller og funksjonshemming. Undersøkelser viser at optimisme har sammenheng med fysisk helse. Optimisme fører blant annet til raskere helbredelse. Optimistiske personer har vist seg å ha lavere sykefravær i etterkant av store livshendelser enn pessimistiske personer. Optimisme kan på denne måten virke som en støtfanger på stress og funksjonshemming (Kivimaki et al., 2005, ref. i Williams, 2006).

Det er viktig i denne sammenheng å ha forståelse for individuelle forskjeller i forhold til grad av funksjonshemming ikke bare sett i sammenheng med ulike atferdsmessige reaksjoner på sykdom, her afoni, men også sett i sammenheng med personlighet og negative følelsesmessige konsekvenser. Undersøkelser i forhold til livskvalitet og

grad av funksjonshemming omfatter ofte negative sinnsstemninger, fysisk fungering, sosiale aktiviteter, fritidsaktiviteter og sykefravær (Williams, 2006).

Stemmevanskens virkning på livskvaliteten, ”quality of life”, er i fokus i mange kartleggingsverktøy konstruert for klienter med stemmevansker. Disse verktøyene tar ofte utgangspunkt i et sett med spørsmål eller påstander som krever respons fra klienten. Et eksempel på et slikt verktøy er ”*The Voice Handicap Index*” (VHI). Dette er det første og kanskje det mest brukte verktøyet i forbindelse med måling av livskvalitet i forbindelse med stemmevansker. VHI er også oversatt til norsk og standardisert for norske forhold, og blir blant annet benyttet på Bredtvet Kompetansesenter (Jacobsen et al., 1997, ref. i Colton, Casper, & Leonard, 2006).

Målinger av livskvalitet som har klientens perspektiv i fokus, spiller en viktig rolle i bedømmelsen av hvor funksjonshemmet personen er, og om vedkommende for eksempel vil kunne fortsette å utøve yrket sitt. En slik måling vil være et viktig tilleggsverktøy for både klient og behandler i starten av en behandlingsperiode, men også ved avslutning av behandlingen, for da å kunne måle endringer i livskvaliteten (Krischke et al., 2005; Colton, Casper, & Leonard, 2006). Stemmevansker *påvirker evnen til kommunikasjon*, og klienter forteller om konsekvenser i form av psykiske og følelsesmessige vansker.

I en studie i Storbritannia benyttet man skjemaet ”the Medical Outcome Study Short Form 36 Item Health Survey”, kjent som ”*SF- 36*”, for å undersøke livskvalitet hos dysfoniske klienter. Resultatene viste at dysfoniske klienter hadde en lavere skåre i forhold til generell helsestatus enn kontrollgruppen bestående av friske personer, noe som ga seg utslag i opplevelse av minsket livskvalitet både hos kvinner og menn (Krischke et al., 2005).

2.5 Konsekvenser for behandling

Vi har valgt å ta med noe om forskning på *behandling* av psykogene stemmevansker, med bakgrunn i informantenes ønske om å formidle erfaringer på området videre. Det

synes å være to hovedområder som utkrystalliserer seg; hvordan behandle psykogen afoni, og hvem som er best egnet til å utføre denne behandlingen?

2.5.1 Hvordan skal psykogen afoni behandles?

Aronson (1990b) mener det er mulig å forbedre behandlingsmetodene ved stemmevansker, ved å gå ut fra følgende: ”We must assume that all nonorganic voice disorders are psychogenic until proven otherwise, because most of the time we will be right.” (s. 289). Han peker på betydningen av å lære seg å stille de riktige spørsmålene til klienten i det han kaller ”The Psychosocial Interview”. Det å gjøre notater i forhold til det han kaller *klientenes psykososiale historie*, regner han som avgjørende for riktig diagnose og behandling. Han beskriver hvordan mange behandlere tradisjonelt føler seg tryggere i sin rolle dersom de kan holde seg på det han kaller ”the laryngeal-mechanical level” (s.288), hvor de kan jobbe med for eksempel puste- og avslapningsøvelser. Selv om disse øvelsene også kan være på sin plass, kan man risikere å unngå å komme fram til problemets kjerne dersom man unnlater å stille de riktige spørsmålene. Det kan oppstå en ond sirkel basert på følgende: Dersom vi ikke stiller spørsmål om psykologiske problemer, hører vi ikke om dem. Hvis vi ikke hører om dem, tror vi ikke på dem. Og hvis vi tror på dem, stiller vi heller ikke spørsmål om dem. Klientene, på sin side, kan være med på understøtte denne sirkelen, nettopp ved at de fortrenger de egentlige problemene, og ofte er ubevisste i forhold til at emosjonelle konflikter kan ligge til grunn for stemmevansken.

Aronson (1990b) peker videre på at mange klienter, på samme vis som en del behandlere, er preget av en kultur eller utdanningsbakgrunn som har fordommer mot ”alt psykologisk”. Disse klientene er ikke vant til å verbalisere sine følelser eller å være introspektive. De kommer derfor i forsvar når det blir snakk om deres følelsesliv, og er motvillige til å innrømme tilstedeværelsen av emosjonelle problemer ut fra angst for å virke svake. Det er derfor tryggere for dem å gå ut ifra at stemmevansken er fysisk betinget. Det kan imidlertid synes som om det har utviklet

seg en annen forståelse, og større aksept, i dagens befolkning om hvordan psykiske eller sjelelige forhold virker inn på kroppen. Dette kan kanskje være med å bevirke at termen ”psykisk” etter hvert mister sitt stigma?

Det blir av avgjørende betydning at behandleren formidler til klienten at det er en nær sammenheng mellom spenninger i strupemuskulaturen og emosjonelt stress, og forsikrer dem om at han eller hun ikke oppfatter at de er mentalt ubalanserte, eller at de selv er skyld i stemmevansken (Aronson, 1990b).

Fordi generelle spenninger i muskler og skjelett nesten alltid vil forekomme sammen med stemmevansker, er det viktig å vise hvordan psykologiske prosesser har en direkte effekt på stemmeproduksjonen. Viktige spørsmål i denne sammenheng kan være å finne ut om dette hovedsakelig har innvirkning på selve strupemuskulaturen, eller om det har like stor innvirkning på åndedrettsmuskulaturen? Forskningen hittil tyder på at spenningene er sammensatte, og at de opptrer på flere områder samtidig, men at de i sterkeste grad ser ut til å konsentrere seg om musklene rundt larynks. Men dette er foreløpige antakelser. Bare når man har kommet fram til mer eksakt kunnskap om hvilken rolle disse spenningene spiller ved psykogene stemmevansker, vil det bli mulig å forbedre behandlingen av stemmevanskene, inklusive eventuell terapi av psykologisk art (Butcher, 1995).

Det er sjelden at klienten selv aner sammenhengen mellom afonien og spesielle hendelser eller kroniske problemer. Derfor kan det bli nødvendig med lange og mange samtaler. Ofte utvikler symptomene seg lenge etter et traume eller en stressende periode, og er derfor vanskelige å identifisere (Kinzl, Biebl, & Rauchegger, 1988).

Det er viktig at den som behandler psykogene stemmevansker er klar over den symbolske betydningen av symptomene, og en mulig ubevisst gevinst ved disse, før man i behandlingen går inn på å fjerne symptomene. Hvis symptomet skal fjernes, må det erstattes av noe annet. Dette kan enten være at klienten har utviklet en økt evne til

å takle personlige konflikter, eller at situasjonen klienten skal tilbake til har forandret seg, slik at den er mindre truende (Baker, 1998).

Andersson og Schalén (1998) peker i sin undersøkelse på at selv om mange klienter responderer godt på en behandling bestående av stemmeøvelser, øvelser for å trene opp kommunikasjonsferdigheter og interaktive terapeutiske samtaler, forekommer det noen tilbakefall. Likevel ble det ikke rapportert om tilbakefall hos 88 % av klientene. Man vet ellers ikke nok om langtidsresultatene ved behandlingen.

De nevnte stemmeøvelsene i undersøkelsen til Andersson og Schalén (1998) gikk ut på tradisjonelle stemmeøvelser som avspenning, pusteøvelser og for eksempel Accentmetoden. Kommunikasjonsøvelsene fokuserte på å lede klientens oppmerksomhet mot kroppen som et kommunikasjonsverktøy for følelsesmessig interaksjon. Det ble lagt vekt på riktig holdning og pust, mens man under enkle rytmiske øvelser trente på å formidle emosjonelle budskap som å gi og ta, å be om noe eller å avvise. Klientene fikk tilbakemeldinger både på eventuelle manglende samsvar mellom kroppsspråk og stemme, og mellom kroppsspråk og emosjonelt ladete budskap. Observasjonene og tilbakemeldingene dannet basis for videre terapeutiske samtaler. Disse fokuserte også på klientenes sosiale nettverk og på konflikter, og man hjalp klienten til å oppdage problemer på disse områdene. Det ble i tillegg benyttet rollespill for å få klienten til å uttrykke følelser. (Andersson & Schalén, 1998).

En annen metode som er nevnt i forbindelse med stemmevansker, er ”fonasjon i rør”. Metoden er brukt i over 40 år i Finland, der den først ble prøvd ut på hypernasalitet, så på sangere med problemer og etter hvert på mange forskjellige stemmevansker. Professor Sovijârvi brukte på 60-tallet rør i stemmetrening for behandling av ulike stemmevansker. ”Fonasjon i rør” har eksistert i over 100 år, men har først det siste tiåret kommet sterkt tilbake. Fonasjon betyr å lage lyd, og ”fonasjon i rør” er en metode der man lager en vokallignende lyd ned i et rør i en flaske med vann. Man har fokus på fonasjon, pust og holdning. Fonasjon i rør endrer trykkforholdene i strupen, og når man båser ned i en flaske med vann får man en innsnevring i hele ansatsrøret

og lufttrykket over stemmebåndsnivået øker og fører til en senkning i trykket i glottis mellom stemmebåndene. Resultatet blir en slags ”puteeffekt” på stemmebåndsnivå, og dette påvirker styrken som blir optimal (Bøyesen, 2007; Simberg & Laine, 2007).

2.5.2 Hvem skal behandle?

Det er forskjellige oppfatninger om psykogene stemmevansker fortrinnsvis bør behandles av logopeder, eller om det er nødvendig med spesialisert psykologisk kunnskap som den en psykolog kan gi. I en undersøkelse fra Storbritannia ble det undersøkt hvilke teknikker eller metoder logopeder benyttet seg av i behandlingen av funksjonelle stemmevansker (Elias, Raven, Butcher, & Littlejohns, 1989).

Undersøkelsen viste at det hovedsakelig ble brukt avslapningsøvelser, stemmeøvelser og samtale. 70 % av logopedene ønsket seg bedre opplæring i behandlingen av stemmevansker gjennom opplæring av en klinisk psykolog, og 82 % ønsket seg bedre tilgang på psykolog i de tilfellene hvor de ønsket å henvise videre.

I Sveits ser det ut til at klienter med psykogene stemmevansker blir tilbudt behandling hos psykolog i tillegg til symptomorientert stemmeterapi, dersom klientens bakgrunn viser indikasjon på psykososialt stress eller konflikter (Seifert & Kollbrunner, 2005).

De tyske legene Behrendt og Hess (2004) mener at det innenfor stemmefeltet spesielt er klienter med psykogen dysfoni og afoni som kan ha nytte av psykoterapeutisk behandling. Her ser de psykogen afoni som en ekstremform av psykogen dysfoni. De peker på at både logopeder og ”pust-, stemme-, og taleterapeuter” (muligens en egen yrkestittel i Tyskland?) ofte i tillegg har videreutdanning innenfor psykoterapi, selv om dette også kan dreie seg om utdanninger uten offentlig godkjenning. Disse yrkesgruppene mener selv de er kompetente til å behandle denne gruppen klienter, fordi nettopp disse klientene har krav på et *helhetlig behandlingstilbud*, som inkluderer hele mennesket; personlighet, psyke, sosiale forhold og behandling av symptomene på stemmevansken.

Da blir spørsmålet om ikke nettopp disse elementene vanligvis er del av behandlingen hos en logoped i Norge? Er det nødvendig med behandling hos psykolog dersom klienten ikke viser tegn på alvorlig psykisk sykdom? Og hvor går den eventuelle ”grensen”? Ved masterutdanningen av logopeder er det nå lagt stor vekt på veiledningsferdigheter, både i form av teoretiske studier og praktiske øvelser med supervisjon. Dette er uten tvil med på å styrke logopeders veiledningskompetanse. Likevel er det nettopp veiledere de er, og ikke terapeuter. I denne sammenheng blir det viktig å diskutere hvor ”grensen” går. Kanskje er det mulig å tenke seg at den går ved alvorlige konversjonsreaksjoner som vanskelig lar seg behandle, ved personlighetsforstyrrelser eller ved alvorlige depresjoner?

Butcher, Elias og Raven (1993) peker nettopp på disse områdene (de nevner ikke alvorlig depresjon) som vanskelige å behandle ved det de kaller enhver psykososial tilnærming, og også ved kognitiv atferdsterapi. I tillegg nevner de tilfeller av *ekstremt lav selvfølelse og total mangel på positivt selvilde* som vanskelige å behandle. Hos disse klientene finner man hyppig suicidale tendenser.

Baker (2008) hevder at det ikke bare er ”lov” for logopeder å komme inn på psykososiale forhold i behandlingen av stemmeklienter, men at det er deres etiske og profesjonelle plikt å gjøre det. Likevel kan en slik støttende veiledning vise seg å være utilstrekkelig i enkelte tilfeller. I en slik situasjon vil det være riktig å søke hjelp hos en logoped med mer erfaring på området, eller å samarbeide med andre profesjonelle helsearbeidere. Hvis dette ikke er tilstrekkelig, kan man vurdere å videreutdanne seg i forhold til forskjellige former for psykoterapi som godt lar seg forene med logopedisk behandling.

Man kan også tenke seg at det blir et dilemma å henvise en klient til psykolog, fordi psykologer ikke har kunnskap om stemmebehandling, og fordi dette fører til et brudd på det allerede etablerte terapeutiske forholdet mellom logoped og klient. I tillegg fører den store mangelen på psykologer til at det er temmelig urealistisk å få til en ideell situasjon hvor logopeder og psykologer samarbeider i behandlingen av disse klientene. Den beste løsningen hadde vært at psykologer ble trukket inn i

opplæringen og treningen av psykologiske ferdigheter hos logopeder, slik at disse ble bedre i stand til å behandle emosjonelle problemer, og til å vurdere når det er riktig å henvise klienten videre (Scott, Deary, Mackenzie, & Wilson, 1997)

Ofte kan afoniklienter brått få tilbake sin normale stemme under behandlingen hos logoped. Dette kan skje ved vanlig logopedisk behandling og stemmeøvelser. Eller kan det ha sammenheng med hvordan klienten blir møtt, og med hvordan samtalen og kommunikasjonene foregår mellom behandler og klient? Hva er nøkkelen til at stemmen plutselig ”klikker tilbake”? Baker (2003) antyder at svaret kan ligge i den spesielle rollen språket spiller i denne sammenheng. Noen ganger kan de ordene vi bruker åpne ”lukkede dører”, mens de i andre sammenhenger kan få klienten til å trekke seg tilbake i sitt skall, mens de beskytter sin hals og sin sårbare psyke. Eller er det ikke det å finne akkurat de riktige ordene det kommer an på? Kanskje er det viktigste likevel *tillitsrelasjonen mellom behandler og klient*? Dette vil si at klienten blir oppmuntret til å uttrykke sterke og kanskje uakseptable følelser, og gjennom det kan overvinne sin følelse av maktesløshet. Og gjennom større innsikt vil hun (sjansen for at denne personen er en kvinne er 8:1) bli bedre rustet til å takle fremtidige konflikter og problemer med større optimisme og tro på seg selv.

3. Forskningsprosessen

3.1 Valg av design og metode

Det blir hevdet at kvalitativ metode handler om hvordan man skal karakterisere noe. Ordet stammer fra det latinske ordet ”qualitas” som betyr beskaffenhet, egenskap, sort. Kvalitativ metode er på denne måten systematisert kunnskap om hvordan man går frem for å karakterisere noe (Larsson, 2005). Vi har valgt en *kvalitativ forskningsdesign* der vi har samlet data hvor informantenes meninger, selvforståelse, intensjoner og holdninger har stått sentralt. Via denne tilnærmingen gis det en mulighet til å få tak i mer intensive og idiografiske data enn ved et kvantitativt studium. Dette kan også kalles en pilotundersøkelse eller *en rekognosering/eksplorering av et lite kartlagt område*. Eksplorerende observasjon og analyse av empiri kan føre til utvikling av nye ideer, og til problemstillinger for nærmere studier (Befring, 2007).

I følge Kallebergs (2007) inndeling av forskningsopplegg, vil vi ha et *konstaterende forskningsopplegg*: ”Når vi stiller konstaterende spørsmål, er vi opptatt av hvordan og hvorfor noe er, var eller kan komme til å bli” (Kalleberg, 2007, s.50). Konstaterende spørsmål åpner både for beskrivelser av personer og tilstander, og for forklaringer av hvorfor noe forandrer seg eller forblir uforandret (Kalleberg, 2007).

Et kvalitativt intervju er spesielt godt egnet til å få innsikt i informantenes egne erfaringer, tanker og følelser, og legger til rette for at informantene ”taler med sin egen stemme”. Formålet med intervjuet er å fremskaffe fyldig og beskrivende informasjon, eller såkalte ”tykke” beskrivelser (Dalen, 2004). I dette tilfellet vil det si at vi har søkt informasjon om hvordan mennesker med psykogen afoni forholder seg til sin livssituasjon, og til de omstendighetene som utløste afonien.

Man skiller mellom forskjellige former for intervju; den filosofiske samtalen, det terapeutiske intervju og forskningsintervjuet. Den filosofiske samtalen frembringer

logisk, begrepsmessig kunnskap gjennom en begrepsmessig diskurs. Det terapeutiske intervjuet gir en personlig og emosjonell kunnskap, og har som formål å endre personens selvforståelse og personlighet. Forskningsintervjuet gir empirisk kunnskap om personens dagligliv og viten om hans eller hennes verden gjennom å stille spørsmål. Mens hovedvekten i det terapeutiske intervjuet ligger i personlig forandring, legger forskningsintervjuet vekt på intellektuell innsikt (Kvale, 2008).

Vi gikk på forhånd ut ifra at vår intervjuundersøkelse kunne komme til å ”touche innpå” det terapeutiske aspektet, selv om vi i utgangspunktet ønsket å gjennomføre et forskningsintervju, og hadde som mål å unngå det Kvale (2008) kaller et ”kvasiterapeutisk forhold”. Vi var klar over at en del av spørsmålene var svært personlige, og at de kunne berøre emosjonelle områder.

Selv om det ikke finnes noen standardisert fremgangsmåte for hvordan man gjennomfører et intervju som helhet, finnes det likevel standardiserte valg av fremgangsmåter underveis i de forskjellige stadiene av en intervjuundersøkelse. Eksempler på dette kan være hvor mange informanter man trenger, om det skal tas lydopptak av intervjuet, om det skal transkriberes, hvordan analysen skal foregå, osv. Målet er at slike valg skal være reflekterte, og at de blant annet baseres på kunnskaper om emnet og på mulige konsekvenser for prosjektet som helhet (Kvale, 2008).

3.2 Utvalg

Vi kontaktet Bredtvet Kompetansesenter for å få hjelp til å skaffe informanter til studien ut ifra visse kriterier, såkalt *kriterieutvelging* (Dalen, 2004). Det vil si at vi tidlig i prosessen har foretatt noen avgrensninger i forhold til hvem vi vil intervju. Våre utvalgs-kriterier er:

- Informantene skal ha vært afoniske i minst 3 måneder sammenhengende; det vil si at tilstanden kan karakteriseres som langvarig eller konsistent.
- De skal ha vært i kontakt med logoped

-
- De skal ha vært til øre-, nese- halsundersøkelse, og det skal i denne forbindelse ikke være medisinske funn som antyder organiske eller nevrologiske årsaker til vanskene.

Vi ønsket med andre ord å finne informanter med en funksjonell/psykogen stemmevanske i form av afoni. Vi begrenset utvalget til 5 personer med tanke på tiden vi hadde til rådighet, og vårt ønske om å gå i dybden og fremskaffe ”tykke beskrivelser”. Vi gjennomførte også et prøveintervju /”pilot”, der vi skaffet informant selv. Informanten som ble benyttet var plaget av stadig tilbakevendende kortvarig afoni, men oppfylte utover dette ikke de andre utvalgskriteriene vi hadde satt.

De fem informantene, som alle ble formidlet via Bredtvet Kompetansesenter, var kvinner i alderen 42- 68 år fra ulike deler av Sør- Norge. Det kan godt være at et møte med informanter som ikke hadde vært i kontakt med behandlingsapparatet kunne gitt oss andre svar og andre historier, men disse ville det vært vanskelig å finne. Det ville i den sammenheng også vært vanskelig å være sikker på innfrielse av utvalgskriteriene.

3.3 Søknad om konsesjon

Vi sendte en elektronisk søknad til personvernombudet (NSD) 19.12.08 med prosjektplan, informasjonsskriv, samtykkeerklæring og intervjuguide vedlagt. Behandlingstiden var på fire til seks uker. Dette førte til at vi kom senere i gang med intervjuene enn planlagt. Prosjektet ble endelig godkjent og anbefalt 21.01.09 (se Vedlegg 1), og intervjuene kunne derfor starte i begynnelsen av februar. Forsinkelsen førte til at vi i januar arbeidet med metodedel og teoridel i oppgaven, ut ifra en antagelse om hva vi ville finne av empiri i følge tidligere forskning.

3.4 Det semistrukturerte forskningsintervjuet

Det kvalitative intervju kan karakteriseres som rettet mot en persons livsverden. Det er rettet mot en sak, spesifikt, fokusert og holistisk. Formålet med intervjuet er å *forstå meningen av fenomenet i fokus*, i dette tilfellet afoni som psykogen stemmevanske. Intervjueren skal være åpen for flertydigheter og forandringer. Med andre ord skal han eller hun være sensitiv. Det er forskjellige former for kvalitative intervju. Vi har valgt et *semistrukturert dybdeintervju*, som er et intervju basert på et sett med spørsmål der man prøver å holde samtalen mer eller mindre løst til disse spørsmålene. Samtidig gis en viss frihet til informantene, slik at de kan snakke om det som interesserer dem eller som er viktig for dem, og som gjør at samtalen flyter naturlig. Graden av struktur i intervjuet påvirker intervjuerens rolle i intervjusituasjonen. Jo mer struktur, desto mer kontroll over situasjonen får intervjueren (Hesse-Biber & Leavy, 2006; Kruuse, 2007).

3.4.1 Utarbeidelse av intervjuguide

I vår intervjuundersøkelse har vi hatt en intervjuguide som ”ramme”(se Vedlegg 3), men ellers i stor grad latt informantene bestemme retningen for samtalen. Under intervjuet bør spørsmålene, i følge Kvale (2008), ha en deskriptiv form hvor det spørres om ”hva som skjedde” og ”hvordan det skjedde”. Målet med intervjuet er å få fram spontane beskrivelser, i motsetning til spekulative forklaringer på hvorfor noe skjedde. Enkelte ”hvorfor”-spørsmål kan være nyttige for å få fram beskrivelser av egne refleksjoner om en hendelse eller et fenomen. For mange ”hvorfor”-spørsmål kan derimot føre til at intervjuet blir intellektualisert. Vi har derfor i størst mulig grad unngått denne type spørsmål, og konsentrert oss om ”hva”- og ”hvordan”-spørsmål, og spørsmål som innledes med ”kan du beskrive..?” eller ”har du noen tanker om...?”. Det var også viktig for oss at spørsmålene i intervjuguiden bare skulle være rettleidende, og at informanten skulle få fortelle mest mulig fritt. Oppfølgingsspørsmål og utdypende spørsmål innenfor hovedtemaene skulle også være sentrale.

Intervjuguidens *hovedtema* var viktige for å sikre at problemstillingen var i fokus under intervjuene.

Det er i følge Kruuse (2007) seks typer spørsmål i et kvalitativt intervju; erfarings-/adferdsspørsmål, holdnings-/verdispørsmål, følelsspørsmål, spørsmål om kunnskap, sansemessige spørsmål og bakgrunns-/demografiske spørsmål. Med dette som bakgrunn valgte vi å dele vår intervjuguide inn i fem hovedtema;

- 1) Bakgrunnsinformasjon; *bakgrunns- og demografiske spørsmål*
- 2) Da stemmen forsvant/ utløsende faktorer; *erfaringspørsmål/ sansemessige/ følelsspørsmål*
- 3) Opplevelser og erfaringer med å være stemmeløs; *erfaringspørsmål/ holdnings- og verdispørsmål/ følelsspørsmål*
- 4) Stemmen- ”sjelens ekko”?; *følelsspørsmål/ sansemessige spørsmål*
- 5) Avslutning/ oppsummering.

Vi gjennomførte et prøveintervju i forkant av intervjuene med tanke på korrigerende av intervjuguiden. Prøveintervjuet førte til at vi endret ordvalget i noen spørsmål, for eksempel ble begrepet ”redd” i spørsmål 19 byttet ut med ”nervøs”, et mindre personlig og mer hverdagslig begrep i våre øyne. Noen av spørsmålene ble også flyttet. Vi opplevde at spørsmål nummer 18 og 19, som under prøveintervjuet var plassert tidligere i intervjuguiden, var bedre egnet på et senere tidspunkt i intervjuet. Informanten som deltok under prøveintervjuet ga ellers uttrykk for at hun opplevde spørsmålene som både gode, litt overraskende og nyttige. Intervjuet hadde skapt refleksjon.

3.4.2 Gjennomføring av intervjuene

Flere forhold påvirker svarenes kvalitet i et intervju; ytre omstendigheter, intervjueren, interaksjonen mellom intervjueren og den intervjuede, den intervjuede, spørsmålene, oppfølgingsteknikk, registreringen av det som sies og misforståelser.

Innenfor ytre omstendigheter nevnes de ytre rammer for intervjuet som bør være optimale, som trygghet og ro (Kruuse, 2007). Dette har vi forsøkt å oppnå ved å gjennomføre intervjuene i kjente omgivelser uten forstyrrelser, men også gjennom å gi grundig informasjon om undersøkelsen både skriftlig og muntlig i forkant av hvert enkelt intervju.

Ett av intervjuene ble gjennomført på Bredtvet Kompetansesenter, mens de fire andre ble gjennomført hjemme hos informantene. Samtlige informanter hadde stemme ved gjennomføring av intervjuet, selv om noen hadde mye skurr på stemmen, og stemmekvaliteten endret seg i løpet av intervjuet. For tre av dem var det lenge siden de hadde vært uten stemme. Vi hadde inntrykk av at informantene følte seg trygge ved at intervjuene ble gjennomført i hjemlige omgivelser. Informanten som ble intervjuet på Bredtvet Kompetansesener ga også uttrykk for at hun hadde opplevd situasjonen som trygg og god. Intervjuene ble gjennomført uten forstyrrelser, selv om familiemedlemmer var til stede i en annen del av rommet i to tilfeller, ute av syne.

Ved at informantene fikk tilsendt informasjon om undersøkelsen og de områdene vi tenkte å fokusere på i forkant av intervjuet (se Vedlegg 2), mente vi dette kunne sette i gang en prosess av refleksjon allerede på forhånd. Før selve intervjuet, beskrev vi formålet med undersøkelsen, hvorfor vi brukte lydopptak, og ga informasjon om anonymisering og dato for sletting av all data. Informantene fikk også beskjed om at de når som helst kunne avbryte intervjuet underveis. Vi informerte også om hvilke roller vi hadde under intervjuet og spurte om det var noen spørsmål før vi startet selve intervjuet. Vi deltok begge under intervjuene, den ene som intervjuer og den andre som observatør med tanke på analytiske notater og nonverbal observasjon, samt som teknisk ansvarlig. Vi beholdt de samme rollene under gjennomføringen av alle fem intervjuer. Etter hvert intervju ble det satt av tid, slik at vi kunne oppsummere og reflektere over de umiddelbare inntrykkene våre. Det å foreta analytiske notater eller *memos* er sentralt i Grounded Theory, som vi har tatt utgangspunkt i (Dalen, 2004).

Under gjennomføringen av intervjuene forsøkte vi å legge vekt på å gi tid til pauser, stille utdypende spørsmål, og i hovedsak la informantene fortelle fritt. Gjennom

tidligere erfaringer med intervju som metode, og gjennom prøveintervjuet, fikk vi også korrigert spørsmål og teknikker. Vi opplevde ved et tilfelle at initiativet ble tatt over av informanten, som begynte å stille spørsmål til intervjuer. Dette ble imidlertid raskt snudd. Vi var i de resterende intervjuene mer oppmerksomme på å holde på rollen som intervjuer, der det var vi som skulle motta informasjon og ikke informanten. Vi løste dette dilemmaet med å gi informantene tid til å stille oss spørsmål over en kaffekopp etter intervjuet.

Vi forsøkte å ivareta Kvaales (2008) kvalitetskriterier for intervjueren. Her er ett av kriteriene at intervjueren til en viss grad også må være *styrende*. Han eller hun vet hva det er viktig å innhente kunnskap om, og kjenner formålet med undersøkelsen. Intervjuer kontrollerer derfor intervjuet, og kan måtte avbryte eventuelle digresjoner fra informantenes side.

Debrifingen etter intervjuet foregikk etter at vi hadde avsluttet lydopptaket, og var en videre utdyping om undersøkelsen og en samtale om selve opplevelsen av intervjusituasjonen. Alle ga uttrykk for at de hadde følt seg trygge under intervjuet, og at det ikke hadde vært noe problem at vi var to til stede. ”*Jeg synes det har vært godt. Jeg har vel aldri snakket så personlig*”, uttalte en av informantene. Fire av informantene ga uttrykk for at de hadde følt at det var lett å snakke med oss og være åpne om opplevelser rundt det å være stemmeløs. Den femte informanten fortalte lite uoppfordret, og selv etter flere oppfølgings spørsmål var det vanskelig å få utfyllende svar på spørsmålene våre.

Den av oss som observerte, ga i etterkant av intervjuet tilbakemelding om forhold som gjaldt selve gjennomføringen av intervjuet. På denne måten ble det mulig for intervjuer å forbedre noen aspekter ved gjennomføringen, slik at hun ble mer ”dreven” etter hvert. Vi ble også enige om at den som observerte ikke skulle avbryte underveis med innspill, men at hun hadde mulighet for dette helt på slutten av intervjuet. Da ble hun spurt av intervjuer om det var noe mer vi burde komme inn på, og om vi eventuelt hadde glemt noe.

Det som opplevdes som vanskeligst under intervjuene, var å holde på rollen som intervjuer og ikke gå over i en rolle som terapeut eller rådgiver. Det er en hårfin balanse å ikke gli over i et terapeutisk intervju, og det opplevdes som vanskelig å holde på rollen på grunn av et ønske hos intervjuer om å gi noe tilbake til informantene, men også på grunn av informantenes behov for informasjon. Vi hadde likevel hele tiden fokus på at det var informantene som skulle gi oss informasjon, og ikke omvendt. Tidligere erfaringer med intervjusituasjoner ga oss også en styrke i rollen.

Det var nyttig å ha en veiledende intervjuguide som ramme for intervjuet. Intervjuer lærte seg guiden ”utenat”, slik at den kunne virke ”i bakgrunnen”. Vi tok derfor i stor grad utgangspunkt i det informantene fortalte. Selv om de fikk prate fritt, var de likevel innom de fleste punkter i hvert intervju. Intervjuguiden ga en sikkerhet i forhold til fokus og problemstilling. Der dette var naturlig, introduserte intervjuer nye temaer gjennom å oppsummere ting som allerede var sagt, for så å stille nye spørsmål. Til slutt fikk informantene sjansen til å komme med ting de følte de ikke hadde fått sagt, eller ville si mer om. Flere av informantene benyttet anledningen til å komme med ytterligere informasjon om opplevelser og erfaringer de mente det var viktig å få frem.

Kvale (2008) peker på at det kvalitative intervjuets fortrinn er dets åpenhet. Det finnes ingen standardmetoder eller regler for gjennomføringen av en intervjuundersøkelse. Det blir derfor satt store krav til intervjuerens ferdigheter, kunnskaper og intuisjon, og underveis blir intervjuerens kompetanse, forberedelse og fleksibilitet satt på prøve.

Det finnes heller ingen fasitmetode for hvordan man skal gjennomføre et intervju når man er to som samarbeider om dette. Vi foretok våre valg ut ifra hva vi vurderte som våre sterke sider, og ut ifra at den ene av oss på forhånd hadde mer erfaring med å intervjuer. Det hadde vært mulig å dele på rollene under gjennomføringen av intervjuene, og det hadde vært nødvendig ved større utvalg. Vår erfaring ved å la samme person intervjuer alle fem informantene, var at intervjuer fikk trening

underveis og derfor opparbeidet bedre ferdigheter i å intervju. Vi var enige om at dette var til prosjektets beste med tanke på tiden vi hadde til rådighet og størrelsen på utvalget, selv om dette gikk på bekostning av den ene prosjektlederens mulighet til å opparbeide bedre ferdigheter i å intervju. I tillegg lærte vi begge mye om intervjueteknikk gjennom diskusjon og meningsutveksling i etterkant av hvert intervju.

3.4.3 Transkriberingen

Intervjuene varierte i tid fra 36 minutter til en time og syv minutter. Det lengste intervjuet utgjorde 15 transkriberte sider i skriftstørrelse 12 med enkel linjeavstand, mens det korteste var på syv sider. Informantenes utsagn er skrevet ned nøyaktig slik de kom frem under intervjuet, men på bokmål. Vi har ikke benyttet informantenes dialekt i transkriberingen. Dette valget var i første rekke basert på hensynet til anonymisering og personvern. Vi har også endret noen andre opplysninger som kan true anonymiteten, som stedsnavn og arbeidsgiver. Spørsmål ble i transkriberingen uthevet med rød skrift, og sentrale uttalelser markert med understreking i teksten. Transkripsjonene inneholder nedskrivning av både spørsmål og svar, notasjon for pauser og latter, samt kroppsbevegelser av betydning for forståelse av utsagn. Observasjoner som skurr på stemmen, endret stemmekvalitet og tårer i øynene, ble skrevet ned som memos i forbindelse med hvert enkelt intervju, og senere innlemmet i transkripsjonene.

Vi skrev også et sammendrag av hvert enkelt intervju i forkant av analysearbeidet, med hovedinntrykk, sentrale sitater og mulige kategorier. Dette gjorde vi for å lette arbeidet med analysen og kategoriseringen.

Det som opplevdes som vanskeligst i forbindelse med transkriberingen, var å sette punktum. Når slutter et utsagn, og når begynner et annet?

3.5 Analyse og bearbeiding av data

Analyse handler om å se på dataene med et nytt blikk og gi dem fornyet mening. Analysen reiser spørsmålet om *tolkning og forståelse av tekst*, og dette henger nøye sammen med sikring av best mulig validitet i prosjektet (Dalen, 2004).

Man kan bygge opp strukturer i et datamateriale både “nedenfra”, f. eks. gjennom ulike former for koding av data, eller “ovenfra” ut ifra en overordnet idé eller metafor. Dette kan også foregå parallelt. Gradvis vil det gjennom dette arbeidet vokse frem en fornemmelse eller *en opplevelse av sentrale tema* i forhold til fenomenet. Dette kalles en *tematiserende metode* for presentasjon av data. Denne metoden tar som oftest utgangspunkt i intervjuguiden og de hovedoverskrifter man der har benyttet. Vår analyse har også innslag av “*filleryemetoden*”, som også ofte tar utgangspunkt i hovedtemaene i intervjuguiden. Hver informant følges da på tvers av temaene og alle informanter følges gjennom hvert tema. For oss har sentrale tema og kategorier i stor grad sprunget ut av hovedtemaene i intervjuguiden. Under arbeidet med analysen vil man ved begge innfallsvinkler se hvor hovedtyngden i materialet ligger, og identifisere de områdene som har flest uttalelser. Dette blir igjen en pekepinn på hvor tyngden i analysen bør ligge. Underveis oppdages undertemaer, nye temaer eller tidligere adskilte temaer som kan slås sammen til et hovedtema (Dalen, 2004; Leiulfsrud & Hvinden, 2007).

På grunn av forsinket godkjenning hos NSD, måtte vi starte med teoridel før innsamling av data. Vi har derfor hatt en kombinert data- og teoridrevet analyse. Likevel har data fra intervjuene i stor grad vært styrende for analyseprosessen.

3.5.1 Grounded Theory

Vi har valgt å ta utgangspunkt i Grounded Theory, som er en tilnærming som understreker betydningen av å forankre teoriutvikling i konkret, empirisk forskningsvirksomhet. I Grounded Theory er det hovedsaklig informantenes egne oppfatninger og perspektiver som danner utgangspunkt for analysen og utarbeidelsen

av kategorier, sammen med memos og andre observasjoner. Dette handler om å transkribere, strukturere, forenkle, fokusere, organisere, kode, kategorisere og trekke troverdige konklusjoner. Grounded Theory innebærer å bevege seg forbi beskrivelse, og mot å generere eller oppdage en teori; en gradvis erkjennelse av en abstrakt analytisk sammenheng, eller en ramme for videre forskning (Strauss & Corbin, 1998; Dalen, 2004; Befring, 2007; Corbin & Strauss, 2008).

Holter (2007) snakker om en *kategoribasert analyse*, hvor ”forskeren finner fram i intervjueteksten til kategorier av prosesser, begivenheter eller atferdsmåter som enten er betydningsfulle ved at de går igjen i materialet og står i sammenheng med hverandre, eller er viktige i forhold til de teoretiske interesser forskeren har” (s.17).

I følge Corbin og Strauss (2008), begynner valg av teori og utvikling av tema og kategorier etter den første analysen. Deretter fortsetter den gjennom hele forskningsprosessen, der analysen styrer valg av teori, og utviklingen av tema og kategorier.

Som ved all annen forskning er det en ideell, og en mer praktisk måte å gjøre ting på. I noen tilfeller må en forsker velge den praktiske måten (Corbin & Strauss, 2008). Av tidsmessige årsaker måtte vi velge teori og utvikle noen temaer og kategorier ut ifra en antagelse om funn før intervjuene startet. Dette gjorde vi med utgangspunkt i tidligere forskning. Det er, i følge Corbin og Strauss (2008), mulig at “a researcher may return to the data themselves, reorganizing them according to theoretically relevant concepts.” (s. 154) Det viste seg å være overraskende stort samsvar mellom det vi hadde lest i teorien, og de temaene som etter hvert viste seg å være mest aktuelle i vår datainnsamling. En reorganisering av temaer ble derfor bare i begrenset grad aktuelt for oss.

3.5.2 Koding

Kodingen er en dynamisk og flytende prosess. Koding bidrar til *forenkling og fokusering* av materialet, gjennom å finne frem til sentrale stikkord eller tema. ”Desse

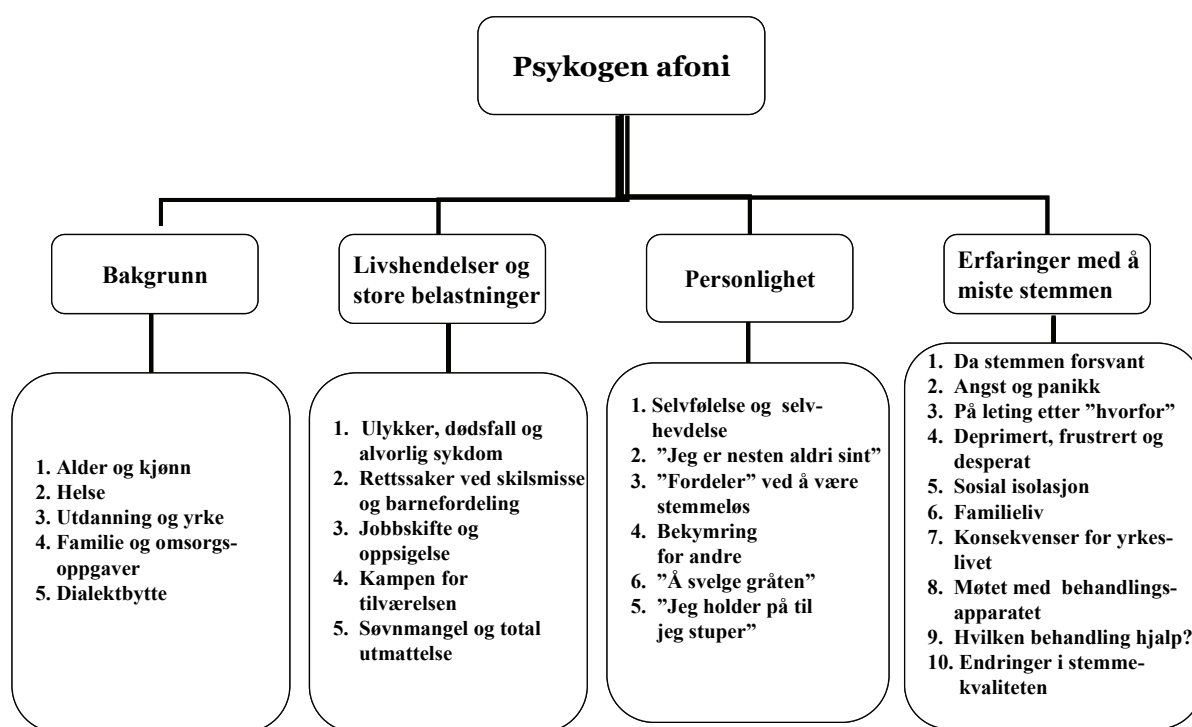
kan vere deskriptive ved å gi direkte uttrykk for det empiriske meiningsinnhaldet' eller 'det kan og vere fortolkande og forklarande kodar som bygger på ei forståing av teksten i ein kontekstuell eller teoretisk samanheng'' (Befring, 2007, s. 184).

Det første trinnet i utvikling av teori er *begrepsdannelse*, der et begrep er en abstrakt representasjon for en hendelse, et objekt, en handling eller samhandling som forskeren ser på som viktig og sentral i intervjueteksten. Hensikten er å hjelpe forskeren med å gruppere og kategorisere like hendelser og opplevelser under en *samlebetegnelse*. Begrepsdannelse leder videre til klassifisering og deretter til *kategorisering*, der man grupperer begrepene i *kjerne kategorier* av mer abstrakt art. Å gruppere begrep i kategorier er viktig, fordi det minsker antall enheter i analysen og gjør analysen enklere. En kategori kan forklare og beskrive et fenomen (Strauss & Corbin, 1998). Vi viser i denne forbindelse til Figur 3 s. 59, for nærmere beskrivelse av våre samlebetegnelser og vår kategorisering.

Dersom man følger prinsippene i Grounded Theory, vil det først foregå en *åpen koding* eller *råkoding* ut ifra empirien, der vi former kategorier av informasjon i forhold til fenomenet i fokus, og sammenlikner ord og utsagn for å finne likheter og ulikheter. Deretter foregår en *aksial koding* for å samle data på nye måter, der sentrale fenomen identifiseres og kategorier knyttes sammen med underkategorier. Begrepet "aksial" kommer av at underkategoriene beveger seg i aksen rundt en kategori i ulike dimensjoner og egenskaper. Underkategoriene er med på å gi bedre forklaringer til fenomenet i fokus, det vil si at kategoriene utdypes med beskrivelser av fenomenets egenskaper og dimensjoner. Gjennom aksial koding spør forskeren gjerne "hvorfor", "hvor", "når", "hvordan", "hvem", "med hvilket resultat" eller "med hvilken konsekvens". I denne prosessen blir det lettere å oppdage sammenhenger mellom kategoriene. Så knyttes de ulike kategoriene sammen gjennom *selektiv koding*, der sentrale kategorier knytter alle kategorier sammen til en helhet, gjennom oppdagelsen av nye sammenhenger. Til slutt genereres en teori om sentrale trekk ved fenomenet, som representerer hovedtema for undersøkelsen. Analyse og koding blir dermed en

sirkulær prosess der det utvikles sentrale begreper, og til slutt teorier omkring det tema som studeres, her psykogen afoni (Creswell, 2007; Strauss & Corbin, 1998).

For å tydeliggjøre vårt eget arbeid med råkoding og aksial koding, har vi laget en figur (Figur 3).



Figur 3; Kjernekatogrier og underkatogrier

I figuren representerer de fire kjernekatogriene resultatet av råkodingen, mens underkatogriene er resultatet av den aksiale kodingen. Den videre analysen og drøftingen av denne kodingen, sett i forhold til teori, vil bli presentert i del 4:

Resultater. Den selektive kodingen vil komme frem gjennom kapittel 5:

Oppsummering, der helheten og sammenhengene sett i forhold til problemstillingen eventuelt vil danne grunnlaget for nye teorier.

Allerede under intervjufasen ble det tydelig for oss hvilke områder vi kom til å fokusere på. Det at dette på et så tidlig tidspunkt ble klart for oss, hadde antakeligvis sammenheng med at vi hadde jobbet så mye med teorien på forhånd. Råkodingen

forgikk derfor ganske spontant underveis i intervjufasen, ved at vi snakket og reflekterte mye sammen. Vi var i stor grad enige om hvilke områder det var naturlig å fokusere på. Noen av de områdene som først fremsto som sentrale i vår undersøkelse, var ”store belastninger”, ”ja-mennesker”, ”manglende selvhevdelse”, ”angst” og ”isolasjon”. Dette opplevde vi var sentrale og viktige begrep, eller kategorier, i intervjuteksten. Disse, sammen med andre begrep som fremsto som sentrale, ledet oss videre frem til kjernekategoriene *Bakgrunn*, *Livshendelser og store belastninger*, *Personlighet* og *Erfaringer med å miste stemmen*.

I neste fase, under den aksiale kodingen, måtte vi diskutere oss fram til de fire kjernekategoriene vi til slutt endte opp med, for deretter å komme fram til best mulig egnede underkategorier. Underkategoriene gjennomgikk på samme vis en del stadier ved at noen ble forkastet, og ved at andre ble opprettet.

Underveis i kodingsprosessen endret tittel og problemstillingen seg noe. Dette hadde sammenheng med empirien og sentrale funn. I prosjektets startfase hadde vi hovedfokus på erfaringsdelen. Mye av det vi fant handlet imidlertid om mulige utløsende og opprettholdende faktorer til psykogen afoni, og deretter om erfaringer med psykogen afoni på mange livsområder. Spørsmålene i problemstillingen skiftet derfor rekkefølge fra erfaringer og mulige utløsende og opprettholdende faktorer, til mulige utløsende og opprettholdende faktorer og erfaringer.

Gjennom å sette informantenes utsagn inn i et skjema, har vi deretter prøvd å se dette i sammenheng med teori og allerede eksisterende forskning. Vi har lagt ved et eksempel på skjema for kjernekategoriene *Bakgrunn* (se Vedlegg 4), men det er også laget et skjema for hver av de andre tre kjernekategoriene.

I kodings- og tolkningskjemaet vi benyttet, ble hver *kjernekategori* delt opp i underkategorier, ”experience near”, ”experience distant” og teoritilknytning. *Experience near* er betegnelsen på uttalelser som informantene bruker i sin omtale av konkrete forhold. Disse finnes i utskriftene fra intervjuene. *Experience distant* er

uttalelser der vi har inkludert informantenes og våre egne tolkninger av hendelser og opplevelser og utviklet sentrale begreper (Geertz, 1973, ref. i Dalen, 2004).

I kodings- og tolkningskjemaet valgte vi å gi utsagnene fra de fem informantene *ulik farge* for å skille dem fra hverandre. Til slutt har vi via en analytisk prosess knyttet utsagn og tolkning opp mot teori presentert i kapittel 2. Gjennom det grundige og systematiske arbeidet med analysen, opplevde vi hvordan de forskjellige kategoriene i stor grad var flettet inn i hverandre på samme vis som teorien var ”kategorioverskridende”. Det ble til slutt mulig å komme fram til noen sentrale elementer, som en slags ”essens” som undersøkelsen munnet ut i.

3.5.3 Tolkningsprosessen

Tolkningsprosessen kan også betegnes som *hermeneutikk*, - kunsten å tolke fenomen. Tolkeren kan følge mange tilnæringsmåter, prinsipper og metoder i tolkningsprosessen. Det dreier seg om valg i forhold til perspektiv, sjanger, språkanalyse, kontekstanalyse og konsistensanalyse. Tolkningsprosessen starter med at tolkeren retter seg mot et materiale og stiller spørsmål av typen: ”Hva formidles?” ”Hvilket budskap eller mening uttrykkes?” ”Hvordan kan materialet forstås?” (Wormnæs, 2008).

Tradisjonelt har *den hermeneutiske sirkel* beskrevet den bevegelsen som foregår mellom del og helhet, ved at man kan forstå delene bare gjennom å forstå helheten, samtidig som man bare kan fatte helheten gjennom å forstå enkeltdelene. I Gadammers (1992) hermeneutikk består delene av de objektene som skal tolkes, mens helheten består av relasjonen mellom disse og den som tolker. Mening oppstår i feltet mellom den som tolker og det som blir tolket. Den videre prosessen beskrives som en ”spiralbevegelse av gjensidighet” og utveksling, hvor både objektet og den som tolker stadig forandres og utvikles videre (Fay, 2007).

I tillegg pekes det på at den hermeneutiske sirkelen ikke bare kan brukes som en metode til å forstå, men at den også kan sees som en mal på hvordan en tolkning bør

være. En tolkning har høy kvalitet dersom delene i en tekst eller tilgjengelige data tas hånd om på en slik måte at det oppstår så få motsetninger som mulig mellom tolkningen (helheten) og de enkelte data (delene) (Larsson, 2005).

3.5.4 Perspektivbevissthet

Enhver forsker foretar filosofiske valg under hele forskningsprosessen i forhold til sitt ståsted eller sin *forforståelse*; sine erfaringer og sitt syn på virkeligheten. Alle forskere bringer med seg verdier inn i en studie, og kvalitative forskere gjør ofte disse verdiene eksplisitte (Creswell, 2007).

Vi har valgt å se nærmere på perspektivbevissthet. Sannheten er relativ, og det gjemmer seg alltid et perspektiv bak hver beskrivelse av virkeligheten.

Perspektivbevisstheten handler blant annet om forforståelse, å være bevisst på egne erfaringer og at man har valgt relevant forskningsteori (Larsson, 2005).

Vi har gått inn i vårt forskningsprosjekt med en del teoretiske forforståelser og tanker om fenomenet psykogen afoni, i tillegg til noen direkte erfaringer med mennesker med denne diagnosen. Det er mulig at dette kan ha en innvirkning på flere aspekter av vår forskning, som hvilke spørsmål vi har valgt å stille informantene, eller hvordan vi har tolket deres utsagn. De kategoriene som vi har kommet fram til i analysen, eller eventuelle sammenfatninger av disse, vil også være påvirket av vår forforståelse. Et eksempel kan være at vi stiller med en forforståelse av at informantenes problemer er psykogent betinget. Vi har antatt at informantene i varierende grad har samme oppfatning eller bevissthet i forhold til dette. Det har vært en utfordring for oss å stille så åpne som mulig overfor informantenes opplevelse og tanker om dette, og å være bevisste på hvordan vi tolker.

Det er umulig for forskere å stille uten sin forforståelse, men det vil være viktig å analysere denne og å gjøre den så eksplisitt som mulig, slik at utgangspunktet for tolkningen tydeliggjøres, eller gjøres transparent. Dermed blir forskningen tilgjengelig for kritisk granskning, noe som også sikrer objektiviteten i en

undersøkelse (Kirk & Miller, 1986; Gadamer, 1992; Gall, Gall, & Borg, 1996; Larsson, 2005; Befring, 2007; Fay, 2007; Wormnæs, 2008).

I vårt tilfelle har tolkningen vært forankret i de valg vi har foretatt i forhold til teori og forskning presentert i kapittel 2, men også i intervjuetekstene og memos. Det bør dermed være mulig for en utenforstående å se hvilke rådata som ligger til grunn gjennom det perspektivet som uttrykkes i tolkningen.

Vårt mål har vært å bruke teori som kan belyse den empiri som oppgaven bygger på. Målet vårt har hele tiden vært åpenhet, ”gjennomsiktighet” og objektivitet. Vi kan allikevel ikke utelukke at vi har vært påvirket av den teori og den forskning vi har satt oss inn i, og at dette har preget våre spørsmål og vår persepsjon.

Vår egen forforståelse kommer til uttrykk gjennom den teori vi har gjort rede for, men forforståelsen vil også være preget av både praksiserfaring og egne livsopplevelser. Videre kan vi ha vært forutinntatt eller låst i forhold til den teori og forskning vi hadde satt oss inn i. Det kan ha farget hva vi så, men på den annen side opplevde vi dette mer som en styrke i forhold til gjennomføringen av intervjuene. Det at vi hadde satt oss grundig inn i teorien rundt fenomenet på forhånd, ga oss en dypere forståelse. Dette gjorde oss i stand til å stille utdypende spørsmål, som ga oss flere nyanser og aspekter ved fenomenet.

Informantene kom også til intervjuet med sin egen forforståelse. Vi var forberedt på å møte det som Wormnæs (2008) under personlighetstyper beskriver som ”det uegentlige”, som en betegnelse på en type eksistensiell væremåte i motsetning til ”det egentlige”. Mens den som er ”egentlig” forstår seg selv, sine meninger, valg, verdier og handlinger som sitt personlige valg og ansvar, er den ”uegentlige” preget av hva ”**man**” tenker, sier, gjør, tror, mener, synes, osv. Her kommer forståelsen til uttrykk som talemåter som sammenfaller med fellesmeninger og vaneoppfatninger, hvor informanten strengt talt ikke mener det han eller hun sier. Det var en utfordring for oss å skape ”ekte” møter preget av intersubjektivitet, hvor informantene i størst mulig grad kunne være ærlige og ”egentlige”.

Det ligger i sentrum av hermeneutikkens kunnskapsinteresse å øke den intersubjektive forståelsen blant dagens mennesker. Dette en spennende tanke, som viser at den kvalitative metoden i form av intervju muligens også kan virke utviklende på egen forståelse (Ödman, 2007).

3.6 Reliabilitet og validitet

3.6.1 Reliabilitet

Ved all forskning vil det finnes trusler mot reliabiliteten. Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet eller målingssikkerhet, noe som også er en trussel mot validiteten. Det handler om *indre reliabilitet*, eller i hvilken grad andre forskere kan anvende begrepsapparatet for analysen av data på samme måte som den opprinnelige forskeren. Deretter handler det om *ytre reliabilitet*, eller i hvilken grad ulike forskere vil oppdage samme fenomen, generere samme begreper i den aktuelle og liknende situasjoner (Maxwell, 1992).

Som trusler mot reliabiliteten nevner Kruuse (2007) manglende erfaring hos intervjuer, manglende nøytralitet og irrelevante temaer eller spørsmål. I tillegg er tegn på utålmodighet og uopplagthet hos intervjuer uheldig. For lange og vanskelige spørsmål, for få pauser i samtalen og at intervjuer mister kontroll over intervjuet, kan føre til at initiativet blir overført til informanten. Andre uheldige forhold kan være mangel på oppfølgingsspørsmål, misforståelser, selektiv persepsjon hos intervjueren og forhold ved interaksjonen mellom intervjuer og informant. Feiltolkning eller utrygghet hos intervjuobjektet i intervjusituasjonen kan også true reliabiliteten. Informanten kan også ha grunn til å gi feilinformasjon, i tillegg til at forsvarsmekanismer kan føre til at sentrale opplysninger fortrenses, forties eller omformuleres for å ufarliggjøres.

I forhold til dette vil det være mulig å stille spørsmål om hvorvidt spørsmålene i intervjuguiden var optimale i forhold til det vi ønsket å få svar på gjennom oppgavens

problemstilling. Det er også klart at vi har begrenset erfaring med å intervjuer, og at begge disse forholdene kan ha virket inn på oppgavens reliabilitet. Andre mulige trusler mot reliabiliteten ved metoden vi har brukt, kan være at transkriberingen av lydopptakene, kategoriseringen og oppsummeringen er omstendelig og tar mye tid, samtidig som subjektive forhold rundt intervjuene og analysen kan ha truet reliabiliteten. Samtidig mener vi at reliabiliteten er styrket gjennom pilotintervjuet, bruk av lydopptak, det at vi har vært to til stede under alle intervjuer og at vi har vært to om analyse og tolkning. I tillegg er analysen, kodingen og kategoriseringen forsøkt tydeliggjort gjennom bruk av en figur (se Figur 3, s. 59) og flere skjema (se Vedlegg 4).

3.6.2 Validitet

Ved enhver forskning kan man reise spørsmål om hvor *gyldige* eller *riktige* målingsresultatene er; hvor *valide* de er, og i hvor høy grad de inneholder for eksempel irrelevante faktorer (Befring, 2007). Argumentasjon og sammenlikning av ulike argumenter, der det ikke finnes noen absolutt sannhet, kan sees som nøkkelen til gyldig eller valid kunnskap (Larsson, 2005)

Kvalitativ forskning har ofte blitt kritisert for manglende standardmetoder for å sikre validitet, sammenliknet med tradisjonelle metoder innenfor kvantitativ forskning. Validitet i kvalitativ forskning kan ofte være vanskeligere å vurdere både i forhold til definisjoner og metodiske tilnærminger med tanke på å styrke validiteten. Etter hvert har enkelte forskere gått over til å hevde at kvalitativ forskning har sine egne metoder og typologi, men at de to retningene likevel har en del fellestrekk, og at de er kompatible (Maxwell, 1992).

Vi har valgt å legge hovedvekten av drøftingen i forhold til validitet i vårt prosjekt på Maxwells (1992) fremstilling og drøfting av validitet. Han nevner *fem typer validitet* i forbindelse med kvalitativ forskning; *deskriptiv validitet*, *fortolkningsvaliditet*, *teoretisk validitet*, *evalueringsvaliditet* og *generaliserbarhet*. Disse validitetstypene griper inn i hverandre (Maxwell, 1992).

Deskriptiv validitet handler om presisjon og redelighet i beskrivelser og sitater (Maxwell, 1992). Dette har vi forsøkt å ivareta gjennom nøyaktig gjengivelse av og redegjøring for datainnsamlingen. I skjemaene vi har brukt, som tydeliggjør de kategoriene vi har kommet fram til (se Vedlegg 4), er informantens utsagn satt i sammenheng med disse, og knyttet til en teoretisk forståelse. Den teorien vi har benyttet kan dokumenteres. Trinnene for analysen, kodingen og kategoriseringen er forsøkt tydeliggjort gjennom bruk av en figur (se Figur 3, s.59). Maxwell (1992) kaller dette *deskriptiv validitet*, mens Kvale (2008) kaller det *håndverkskvalitet*.

Fortolkningsvaliditet handler om beskrivelsenes betydning og mening. Her brukes ofte begrepet *tykke beskrivelser* om ”meningsfulle beskrivelser”. Tolkninger er videre nært knyttet til intervjupersonenes språkbruk gjennom transkripsjonene. I denne sammenheng blir det vesentlig å vurdere om tolkningen er empirisk forankret, som vil si om det er overensstemmelse mellom virkelighet og tolkning. Dette blir av og til beskrevet som et korrespondenskriterium, noe som ofte forbindes med at det eksisterer en *entydig* sammenheng mellom tolkning og virkelighet, og at det bare finnes *en* tolkning. Men samme virkelighet eller tekst kan tolkes på forskjellige vis, som ”multiple realities”, selv om man ikke kan anse enhver tolkning som rimelig (Larsson, 2005).

Teoretisk validitet handler om å knytte sammen beskrivelser og tolkning til en teoretisk forståelse eller forklaring, der det er snakk om hvorvidt denne sammenknyttingen er berettiget/ legitim eller ikke (Maxwell, 1992). Som mulige *trusler mot tolkning og teoretisering* i vår forskning kan nevnes en mulighet for for stor vektlegging av enkelte informanters utsagn fremfor andres, eller muligens en tolkning ut ifra en feilaktig forforståelse. Vi mener likevel at det at vi har vært to om intervjuer, observasjoner, teoretiske diskusjoner, analyse og tolkning har styrket prosjektets fortolkningsvaliditet og teoretiske validitet.

Evalueringsvaliditet omfatter begrepene forståelse og kritisk validitet i forhold til fenomenet som undersøkes (Maxwell, 1992). Her har den teori og forskning vi har satt oss inn i på forhånd, gitt oss god forståelse og innsikt i fenomenet psykogen

afoni. I tillegg har tallrike meningsutvekslinger oss i mellom bidratt til kritisk vurdering hos oss begge, noe som igjen kan ha vært en faktor som har styrket validiteten.

Generaliserbarheten handler om hvorvidt man kan generalisere de funn man har gjort til å gjelde for andre personer, tider eller situasjoner enn dem som studien omfatter (Maxwell, 1992). Også Schoefield (1990) er opptatt av hvordan validiteten kan styrkes bl.a. gjennom muligheten til å generalisere. Innen kvalitativ forskning vil man kunne bruke egne metoder for dette, som f. eks. ved å *forske på det som er typisk eller vanlig*. I tillegg kan man benytte ”*Multisite Studies*” (parallelle undersøkelser på samme tema og med samme metode, men med ulik ”setting”) for å øke generaliserbarheten, eller man kan *sammenlikne flere uavhengige studier* (Schoefield, 1990). Sistnevnte har vi til en viss grad gjort gjennom vår gjennomgang av forskning på feltet.

Det er usikkert om våre funn kan generaliseres, ettersom vårt utvalg er lite, og vår informantgruppe kun består av kvinner innenfor en viss aldersgruppe. Det har blitt rettet en del kritikk mot manglende generaliserbarhet ved *intervjustudier med få deltakere*. Kvale (2008) går nærmere inn på denne kritikken, og viser til hvordan både Freud, Piaget og Skinner brukte pionerforskning av noen få kasus til å innhente kunnskap som senere viste seg å være generaliserbar. Forskningen på enkeltkasus gjorde dem i stand til å utarbeide teorier om konsistente og tilbakevendende atferdsmønstre. Larsson (2005) peker på at fra et generaliseringsperspektiv kan man ikke automatisk trekke slutninger fra ett tilfelle til et annet. På den annen side blir det treffsikre bildet, metaforen eller beskrivelsen veien til å gjøre enkelttilfellet gyldig utover sin egen sammenheng.

Når det gjelder validitet sett i forhold til *forskerrollen*, har vi forsøkt å begrense egen subjektivitet gjennom det å være to om drøftinger og analyse. Vi har lest de samme artiklene, satt oss inn i de samme teoriene og diskutert oss frem til en felles forståelse av dette. Vi har diskutert oss frem til en tolkning basert på samspillet mellom

intervjuobjekt og intervjuer, andre observasjoner i situasjonen nedtegnet som memos og informantenes uttalelser.

Dalen (2004) peker på at det å legge forholdene til rette for intersubjektivitet eller samspill, styrker validiteten i fortolkningen av uttalelsene. Videre vil bruken av flere intervjuere kunne svekke kvaliteten i et prosjekt, dersom de ikke har fått samme felles opplæring og har felles forståelse. Det at den samme har hatt rollen som intervjuer gjennom hele prosessen, kan derfor ha styrket validiteten.

Innenfor kvalitativ forskning anbefales det også å bruke *triangulering* for å sikre undersøkelsens validitet. Gjennom triangulering bruker forskeren forskjellige metoder for å undersøke samme fenomen, for eksempel intervju, kildestudie og/ eller spørreskjema i tillegg til observasjon. Trianguleringen skal støtte funnene i en undersøkelse ved å vise at uavhengige metoder bekrefter funnene, eller i alle fall ikke produserer motstridende funn (Mathison, 1988). I vår undersøkelse kunne man tenke seg at for eksempel en kildestudie i forhold til logopeders og legers klientjournaler kunne vært brukt i forbindelse med undersøkelsen, for å styrke eller utfylle våre funn. På grunn av tiden og ressursene vi har hatt til rådighet, har det ikke vært mulig å bruke triangulering som metode for å sikre validiteten på undersøkelsen.

Informantenes uttalelser må også forstås i en tidsmessig kontekst (Hammersley & Atkinson, 1996). Fenomenet psykogen afoni, slik det fremstår gjennom analysen, vil endre seg og utvikle seg over tid. Informantenes opplevelse av ulike forhold ved fenomenet vil endre seg etter hvert som de får bedre innsikt i fenomenet, og også kanskje avstand til det. Vårt utvalg er lite, og vi kan kanskje ikke si at det er bredt sammensatt og representerer individuelle variasjoner som er relevante for fenomenet psykogen afoni. Det er likevel ikke vi som skal avgjøre hvor anvendelig resultatet er for andre tider, personer og situasjoner.

3.7 Etiske refleksjoner

Kvalitet i kvalitativ forskning er et overordnet begrep, og må vurderes i forhold til alle trinn i en forskningsprosess. Aller viktigst er kanskje de etiske forholdene ved en studie. Det sentrale forskningsetiske problem handler om behovet for vern av personer og grupper i konflikt med behovet for vitenskapelig kunnskap. Forskingen er betydningsfull for samfunnet og den bidrar til læring og utvikling. Samtidig fokuserer forskning ofte på personer eller grupper i en vanskelig situasjon.

Larsson (2005) peker på at det er flere aspekter ved vitenskapelig hederlighet, men at det følgende bør være det mest sentrale:

Att man visat omsorg om de som studerats, de som drabbas av forskningens resultat, måste räknas till kvaliteterna i ett vetenskapligt arbete. Å andra sidan kan dette inte kompensera en osann redovisning av resultaten eftersom sanning är ett i forskningen överordnat värde. Om etiska hänsyn leder till att resultaten i viktiga hänseenden är osanna, bör man avstå från studien. (Larsson, 2005, s.23).

Vi vil hovedsakelig konsentrere oss om å vurdere følgende forskningsetiske spørsmål: Utvalgsmetode, anonymitet, konfidensialitet og informert samtykke, mulige konsekvenser av studien og intervjusituasjonen.

3.7.1 Utvalgsmetode

Våre informanter ble skaffet gjennom Bredtvet Kompetansesenter, som ønsket forskning på området afoni under tittelen ”Afoni på godt og vondt”. Det var derfor naturlig at Bredtvet tok den første kontakten med informantene på telefon. Vi hadde på forhånd gitt dem visse utvalgskriterier som nevnt i innledningen, og informasjon om hovedfokus og problemstilling for undersøkelsen. Man kan selvfølgelig stille spørsmål ved om det var etisk forsvarlig og riktig å skaffe informanter på denne måten. Følte noen av informantene seg muligens presset til å si ja til å være med på undersøkelsen fordi Bredtvet Kompetansesenter kan sies å være en autoritet på

området stemmevansker? Eller er det mulig at de følte seg presset på bakgrunn av takknemlighet overfor den hjelpen de hadde fått der i en vanskelig situasjon? Vi skal senere i oppgaven se på den betydningen Bredtvet Kompetansesenter har hatt i behandlingen av disse klientene.

Informantene ga uttrykk for et ønske om å spre kunnskap om psykogen afoni, særlig i forhold til behandlingsapparatet og fastlegene. Vi føler derfor at det var etisk forsvarlig og riktig å benytte denne utvalgsmetoden. Vi stolte også på at logopedene ved stemmeteamet på Bredtvet Kompetansesenter hadde den kunnskapen som skulle til for å vurdere utvalget ut ifra de kriteriene vi stilte, og at de samtidig kunne vurdere hvem som ville være egnet som intervjuobjekter og tåle denne typen dybdeintervju.

3.7.2 Anonymitet, konfidensialitet og informert samtykke

Gruppen vi har fokusert på, mennesker med afoni, er en liten og derfor sårbar gruppe. Det vil være fare for gjenkjennelse ved formidling av resultater fra undersøkelsen. På den bakgrunn har vi vært forsiktige med bruk av personopplysninger, og vi har anonymisert alle sitater brukt i oppgaven. ”Forskningsmateriale må vanligvis anonymiseres, og det stilles strenge krav til hvordan lister med navn eller andre opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, oppbevares og tilintetgjøres” (NESH, 2006, punkt 14). ”Anonymiserte data innebærer at navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson” (NESH, 2006, punkt 15). Slike opplysninger har vi derfor utelatt.

Vurdering av anonymitet og konfidensialitet har vært sentralt i forhold til våre informanter. Vi har vurdert nøye hvilke sitater og opplysninger vi har tatt med i rapporten, og samtidig prøvd å ivareta behovet for vitenskapelig kunnskap innenfor området afoni. Det har vært viktig at informantene har følt seg trygge på at de opplysningene som har kommet frem har blitt behandlet fortrolig, og at de ikke senere skal kunne føres tilbake til vedkommende. ”De som gjøres til gjenstand for

forskning, har krav på at all informasjon de gir om personlige forhold, blir behandlet konfidensielt” (NESH, 2006, punkt 14).

I tilknytning til prosjektet har vi, med bakgrunn i ovennevnte og fordi prosjektet vårt involverer personer, sendt et elektronisk meldeskjema til Datafaglig sekretariat ved personvernombudet som er knyttet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Prosjektet er godkjent og anbefalt av NSD (Se Vedlegg 1).

Som hovedregel skal forskningsprosjekter som forutsetter aktiv deltakelse, settes i gang bare etter deltakernes informerte og frie samtykke (Dalen, 2004). Informantene har rett til å avbryte sin deltakelse uten at det får negative konsekvenser for dem (NESH, 2006, punkt 9), og de har videre rett til å få all informasjon som er nødvendig for å kunne danne seg en forståelse av forskningsprosjektet og eventuelle konsekvenser ved å delta (NESH, 2006, punkt 8). I planleggingsfasen medførte de etiske sidene ved dette at vi måtte innhente intervjupersonenes informerte samtykke til å delta i studien på forhånd (se Vedlegg 2). Et informert samtykke betyr at informanten på forhånd skal orienteres om alt som angår hans eller hennes deltakelse i forskningsprosjektet, og et fritt samtykke betyr at de er med frivillig og uten ytre press (Dalen, 2004). Dette har foregått pr. post, og informantene har undertegnet på at de er villige til å delta i prosjektet. I følge Kvale (2008) dreier noen av de etiske spørsmålene knyttet til informert samtykke seg om hvor mye informasjon om studien man skal gi på forhånd og hvilken informasjon man skal gi. Vi sendte ut et informasjonsskriv pr. post på forhånd til informantene som ga informasjon om prosjektet, formål og problemstilling (se Vedlegg 2). Dette ble gjort for å gi respondentene en mulighet til refleksjon i forkant av intervjuet.

3.7.3 Konsekvenser

Bildet som blir formidlet gjennom en forskningsrapport, kan i følge Dalen (2004) bli hengende ved enkeltmennesker og stemple dem for lang tid. I vårt tilfelle vil dette si faren for stigmatisering av gruppen mennesker med afoni. Konsekvenser av en intervjustudie bør vurderes med hensyn til mulig skade som kan påføres

intervjupersonene opp mot forventede fordeler ved deltakelse (Kvale, 2008). Dette dreier seg om konsekvensetikk, om å sette søkelyset på de konkrete følgene av prosjektet, tilsiktet eller utilsiktet. Det bør ideelt sett være en balanse mellom hva intervjupersonen gir, og hva de får igjen for å delta (Befring, 2007).

Kvale (2008) peker også på at selve intervjusituasjonen kan ”forføre” informantene til å si ting de senere angret på. Det blir viktig å være seg bevisst at situasjonens preg av nærhet krever følsomhet og varsomhet fra intervjuerens side i forhold til hvor langt det er etisk forsvarlig å gå med spørsmålene. På den annen side kan informantene oppleve intervjuet som positivt, og muligens som en unik opplevelse, kanskje rett og slett ved at en annen lytter intenst til hva de har å si i en lengre periode.

Vi måtte derfor vurdere om skaden intervjuet eventuelt kunne forårsake kunne oppveies av eventuelle fordeler, om intervjuene berørte terapeutiske problemstillinger og hvilke konsekvenser offentliggjøring og formidling av resultatet kunne forventes å ha for intervjupersonene og for gruppen mennesker med afoni. Faren for skadevirkninger ble vurdert som liten, fordi vi hadde lagt vekt på anonymisering av alle personlige opplysninger og sitater, men også fordi dette masterprosjektet er lite og ikke er tenkt å skulle offentligjøres i sin helhet utover universitetsmiljøet og Bredtvet Kompetansesenter. I den grad det skal offentligjøres, vil det muligens være snakk om en artikkel, et foredrag eller et sammendrag der det sannsynligvis ikke vil være fare for skadevirkninger eller negative konsekvenser for informantene som gruppe eller stigmatisering av gruppen mennesker med afoni.

3.7.4 Intervjusituasjonen

Vi har vurdert stressopplevelser i situasjonen i forhold til omgivelser og spørsmål som stilles, og i tillegg i forhold til at vi skal være to tilstede under intervjuet. Dette kan for noen oppleves som positivt, men for andre stressende i forhold til å bli observert og skulle forholde seg til to personer i intervjusituasjonen. Det var i denne sammenheng viktig å klargjøre de to intervjuernes roller i forkant av intervjuet;

intervjuer og observatør/ teknisk ansvarlig. Videre så vi på det å skape en avslappet ramme rundt intervjuet som viktig gjennom tilrettelegging av omgivelsene og gjennom en ”bli kjent”-prat innledningsvis før intervjuet startet. Under intervjuet anså vi det som viktig å benytte teknikker som aktiv lytting, speiling og det å stille utdypende spørsmål. Det var også viktig for intervjuer å være oppmerksom på å holde på rollen som intervjuer, og ikke innta en terapeutisk rolle underveis i intervjusituasjonen. Dette opplevdes noen ganger som etisk vanskelig i situasjonen, på grunn av ønsket om å gi noe tilbake til informantene.

Vi hadde inntrykk av at informantene følte seg vel og ivaretatt, men kan likevel ikke helt utelukke at intervjusituasjonen kan ha medført stressopplevelser eller muligens hatt innvirkning på informantenes selvbilde.

3.8 Oppsummerende vurdering av forskningsprosessen

Vi planla å bruke en kvalitativ design med et semistrukturert intervju som metode, og vi ville bruke Grounded Theory som analysemetode. Dette viste seg å være vanskelig å gjennomføre av tidsmessige årsaker. Vi var inspirert av Grounded Theory, men hadde skrevet en del av teorikapittelet før intervjuene startet. Dette kan ha vært styrende for vår tolkning, men vi opplevde dette mest som en styrke. Det ga oss god innsikt i fenomenet, i teori og forskning. Vi søkte også opp noe ny teori i forbindelse med empirien.

Videre har vi gjennomført 5 semistrukturerte dybdeintervjuer, der intervjuguiden bare har vært veiledende i intervjusituasjonen, og der informantene i stor grad har fått fortelle fritt. Hovedtemaene i intervjuguiden er blitt fulgt opp, og problemstillingen har vært i fokus gjennom hele prosessen: *Hvilke forhold kan utløse og opprettholde psykogen afoni, og hvilke erfaringer har mennesker med psykogen afoni?* Problemstillingen har imidlertid endret seg noe under prosessen ut ifra empiriske funn. Vi byttet ut ordet ”opplevelser” med ”erfaringer” underveis i prosessen, fordi

”erfaringer” var et mer presist begrep i forhold til hva vi ville fokusere på.

”Opplevelser” opplevde vi som et videre og vanskeligere begrep å forholde seg til.

Vi har opplevd det å være to om undersøkelsen som en styrke i alle faser. Vi har hatt mulighet til å diskutere ulike observasjoner i intervjusituasjonen, ulike syn på teori, ulik forforståelse og ulik tolkning av informantenes utsagn.

Videre har vi prøvd å gjøre prosessen så synlig som mulig gjennom bruk av figurer og skjemaer som illustrasjon. Vi opplevde transkriberingen og utvelgelsen av sitater som det mest utfordrende i tillegg til kodingen og analysen. Dette er en krevende prosess som består av mange vanskelige valg, og dette kan true reliabiliteten. Den største trusselen i forhold til validitet kan ha vært vår forforståelse, som har vært preget av den teori vi har lest før intervjuene startet.

4. Resultater

Med denne oppgaven ønsker vi både å rette søkelyset mot hva som kan være mulige forklaringer på utløsning av psykogen afoni, og på hvilke forhold som kan bidra til å opprettholde afonien. I tillegg ønsker vi å fokusere på hvilke erfaringer mennesker med psykogen afoni har i forhold til å miste stemmen, og på hvilke konsekvenser stemmeløsheten har. Vi ønsket å undersøke om det var en sammenheng mellom teorien på feltet, og empirien fra intervjuundersøkelsen vår. Allerede under de første intervjuene var vi overrasket over graden av sammenfall, og vi fikk stadig nytt materiale å henge på de teoretiske ”knaggene” vi allerede hadde, samtidig som vi måtte søke opp ny teori. Denne prosessen har vært svært spennende og inspirerende.

Etter hvert kom vi fram til fire kjerne kategorier for den videre analysen, med flere underkategorier. Disse sammenfatter i stor grad resultatene fra undersøkelsen:

- 1. Bakgrunn:** *Alder og kjønn, Helse, Utdanning og yrke, Familie og omsorgsoppgaver, Dialektbytte.*
- 2. Livshendelser og store belastninger:** *Ulykker, dødsfall og alvorlig sykdom, Rettssaker ved skilsmisse og barnefordeling, Jobbskifte og oppsigelse, Kampen for tilværelsen, Søvnmangel og total utmattelse.*
- 3. Personlighet:** *Selvfølelse og selvhevdelse, ”Jeg er nesten aldri sint”, ”Fordeler” ved å være stemmeløs, Bekymring for andre, ”Å svelge gråten”, ”Jeg holder på til jeg stuper”.*
- 4. Erfaringer med å miste stemmen:** *Da stemmen forsvant, Angst og panikk da stemmen forsvant, På leting etter hvorfor, Deprimert, frustrert og desperat, Sosial isolasjon, Familieliv, Konsekvenser for yrkeslivet, Møtet med behandlingsapparatet, Hvilken behandling hjalp?, Endringer i stemmekvaliteten.*

I det følgende vil vi gå nærmere inn på hver enkelt av disse kategoriene, for gjennom det ”å trekke tråder” mellom empiri og teori.

4.1 Bakgrunn

4.1.1 Alder og kjønn

Alle våre informanter var kvinner. På tidspunktet for intervjuene var de mellom 42 til 68 år. De hadde da vært afoniske i en eller flere perioder som varierte mellom 3 måneder og 7 år. Det ser ut til at psykogene stemmevansker hyppigst forekommer hos kvinner i puberteten og i overgangsalderen mellom 45-55 år (Kinzl, Biebl og Rauchegger, 1988; Gerritsma, 1991; Østergaard, 1994; Baker, 2008). Da de første gang ble afoniske over lengre tid, var informantene mellom 36 og 52 år. Det er ikke sannsynlig at alle på dette tidspunktet var kommet i overgangsalderen.

For fire av dem var perioder med afoni et tilbakevendende problem, som oftest utløst av halsbetennelse eller luftveisinfeksjon. Det samme var perioder med dysfoni, eller svært dårlig stemmekvalitet.

Informant 4: Egentlig så har jeg vært plaget med det som lærer, at jeg har mistet stemmen innimellom før dette her. Men det har aldri vart mer enn en ukes tid. Det har vært ganske mange ganger, altså la meg si et par ganger i løpet av året at jeg har hatt en uke uten stemme, eller med veldig dårlig stemme. Og det har gjerne vært i forbindelse med en forkjølelse eller en infeksjon. Så de siste årene har jeg faktisk vært plaget med dette i større eller mindre grad, til jeg mistet stemmen helt nå.

To av informantene hadde opplevd *gjentatte* perioder med afoni uten forutgående infeksjon. Bare en av informantene hadde en enkelt periode med total afoni på ”bare” 3 måneder, uten andre tilfeller verken før eller etter. Denne perioden lå for hennes del bare ett år tilbake i tid sett i forhold til tidspunktet for intervjuet. Det er derfor muligens for tidlig å si om afonien hennes kan vende tilbake. Det var heller ingen sammenheng mellom alder og varighet på afonien; for eksempel opplevde den nest yngste av informantene den lengste perioden med afoni på 7 år.

Mye tyder, som nevnt, på at det er en sammenheng mellom hormonelle forandringer og psykogen afoni, og at *overgangsalderen* blant annet fører til redusert østrogennivå som kan medføre en varig hevelse i stemmebåndene (Butcher, Elias, & Raven, 1993;

Baker, 2003; Martin & Darnley, 2004). Dette er ikke nok til å forklare utløsningen av afoni, men kan muligens være en indikator på at stemmen er et slags svakt punkt i denne perioden av en kvinnes liv. To av våre informanter var bare 36 og 41 år da de ble afoniske, og det er ikke sannsynlig at de hadde begynt på overgangsalderen. Det blir derfor spesielt interessant å se på hva en av disse kvinnene fortalte om kroppslige symptomer på afonien, som for hennes del varte i tre måneder (da hun var 41).

Informant 3: Jeg mistet ikke bare stemmen, jeg mistet mensen, og jeg fikk sånne overgangsalderplager. Jeg mistet stemmen den ene uken og mensen kom ikke som den skulle uken etter. Ja, jeg hadde hetetokter og jeg var helt i ubalanse. Så fikk jeg igjen stemmen i slutten av mai (etter 3 mnd.), og så gikk det en uke og så fikk jeg mensen.

Dette kan tolkes som at det var en sammenheng mellom hormonelle faktorer og afonien, selv om dette blir en ”motsatt” årsakssammenheng; afonien fører til hormonelle endringer. Dette var svært interessant, selv om det ikke har vært mulig å finne tilgjengelig forskning om denne sammenhengen.

4.1.2 Helse

Alle våre informanter oppga å ha stadig tilbakevendende halsinfeksjoner, som hos fire av dem tidligere hadde ført til at de mistet stemmen opp til ca. en uke, som hos informant 4 (4.1.1). Informant 2 satte også halssmerter i forbindelse med afonien:

Jeg gikk jo med vondt i halsen lenge. Og stemmen kom ikke tilbake...

Fire av informantene oppgir likevel at den langvarige afonien ikke hadde sammenheng med forutgående halsinfeksjon. Og den forutgående halsinfeksjonen til informant 2 kan heller ikke forklare hvorfor afonien skulle vare i to år. Det blir derfor nærliggende å lete etter alternative utløsende årsaker. Uansett årsak er det i denne sammenheng sannsynlig at halsen og stemmen kan sees som *det svake punkt* (Selye, 1980; Kinzl, 1991).

Flere av informantene fortalte at legen på Bredtvet hadde forklart dem at stemmeleppene deres ikke kunne lukkes, og at de derfor ikke kunne produsere lyd.

Det var ikke mulig for oss å fastslå om dette hadde sammenheng med for sterk muskelspenning (hyperfunksjonell afoni) eller at det dårlige lukket skyldtes mangel på tilstrekkelig muskelspenning (hypofunksjonell afoni).

Av våre 5 informanter hadde *alle* allergier, og to hadde astma. I denne sammenheng kan nevnes at en var røyker, og en hadde sluttet å røyke i forbindelse med stemmevanskene. Av helseplager utover luftveisinfeksjoner og allergi, nevnte våre informanter følgende sykdomstilstander som de var plaget av: Smerter i skuldre og nakke, whiplash, tinnitus, migrene, gallebetennelse, søvnvansker og senskader av polio (hvor hun i perioder måtte benytte rullestol).

Ved opptil flere av disse sykdomstilstandene vil man kunne tenke seg at psykosomatiske forhold kan spille en rolle, selv om dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle. I enkelte undersøkelser om psykogen afoni ser det ut til at tilstander som kan karakteriseres som psykosomatiske ser ut til å forekomme i tillegg til afonien. Følelsesmessige faktorer har i senere tid blitt sett i sammenheng med de opprinnelige fysiske reaksjonene ved en sykdom, som for eksempel hypersensitivitet til ulike stoffer i omgivelsene. Som eksempler blir bl.a. *astma og allergi* nevnt (Kinzl, Biebl & Rauchegger, 1988; Greene & Mathieson, 1991; Mirdal, 1990). Hvorvidt astma og allergi kan betegnes som psykosomatiske sykdommer, kan sikkert også diskuteres. Kanskje er det i større grad mulig å se disse sykdommene som en indikator på at luftveier og åndedrett kan se ut til å være et svakt punkt? Astma kan også sees i sammenheng med feilbruk av stemmen på grunn av stadig hosting ved anfall. Greene & Mathieson (1991) viser til at stadig hosting og harking for å rense halsen eller strupen kan føre til en større fare for feilbruk av stemmen, noe vi antar i enda større grad kan være med å forsterke halsen som et svakt punkt. Den akutte åndenød man opplever ved et astmaanfall kan muligens også sees i sammenheng med halsen som det svake punkt:

Informant 4: Jeg fikk astma da jeg var 18-19 år, og så ble det verre og verre. Det var jo så ille at jeg ble innlagt på sykehus veldig mange ganger sånn akutt.. Ja, i det hele tatt, så jeg har hatt mye plager med det. Det er ekkelt og du får ikke puste i det hele tatt liksom..

Baker (2008) viste i sin undersøkelse at halvparten av kvinner med funksjonelle stemmevansker hadde opplevd seksuelt misbruk, vold eller *kvelning* i løpet av livet sitt. I denne sammenheng er det mulig å tenke seg at et akutt astmaanfall kan oppleves som en kvelningstilstand.

4.1.3 Utdanning og yrke

Av våre fem informanter var det bare en som hadde høyere utdanning. Hun var lærer, og jobbet fortsatt i dette yrket. De andre fire hadde i utgangspunktet bare grunnskole på enten 7 eller 9 år. Informant 1 hadde deltatt i en opplæring gjennom NAV i forbindelse med attføring, og jobbet nå som konsulent i kommunen. Informant 5 hadde et halvt år på husstelskole i tillegg til grunnskolen. Blant de fire fant vi følgende yrkesbakgrunn: Barnehageassistent, kantinemedarbeider, stuepike, vaskehjelp, industriarbeider, butikkmedarbeider og arbeid på et callsenter. Generelt sa informantene at de hadde en dårlig eller ”slett” utdanningsbakgrunn. Likevel understreket flere av dem at de trivdes på jobb. Men når det ble mye overtidarbeid i et belastende yrke som industriarbeider, har dette helt klart vært en altfor stor påkjenning for informant 2:

Jeg prøvde å holde hjulene i gang for å greie å beholde huset. Jeg jobbet fra klokken 7 om morgningen til klokken 10 om kvelden, og det var et trykk der som ikke var sant...

Opplevelsen av stress i yrkessammenheng, i sammenheng med et fonisk yrke, kan også muligens sees i sammenheng med utløsning av stemmevansken:

Informant 5: Jeg har jobbet som saksbehandler i et mobiltelefonselskap. Jeg satt på et Call-senter, og da måtte du jo ta et visst antall telefoner i løpet av dagen..

Martin og Darnley (2004) viser til hvordan de fysiske reaksjonene på stress både direkte og indirekte kan påvirke fonasjonsprosessen. Mye handler også om i hvilken grad man er i stand til å mestre stressende situasjoner. Det er vanskelig å bedømme i hvilken grad stress i kombinasjon med et yrkes status i samfunnet spiller inn i forhold

til stressmestring, trivsel og selvfølelse. Også jobben som lærer kan medføre en stor stressbelastning, selv om dette yrket har større yrkesstatus.

*Informant 4: I veldig mange år har jeg vært spes.ped leder på skolen, hvor jeg har hatt spes.ped-timene, møte med spesielle instanser, vært timelærer i noen andre klasser og har hatt klassestyreransvar i tillegg. Og det har liksom blitt litt for mange "tuer", og så blir det liten tid til alt til slutt. Så det var veldig stressende. **Jeg følte aldri at jeg var ferdig med noen ting.** Dette varte i noen år, så det var nok en stressende arbeidssituasjon. (Vår utheving).*

Det er mye som tyder på at flere sammenfallende faktorer både ved personlighet og bakgrunn kan bidra til utviklingen av psykogene stemmevansker. Andersson og Schalèn (1998) nevner følelsen av hjelpeløshet, manglende evne til å takle egen livssituasjon, dårlig sosialt nettverk og *lav yrkesstatus* som mulige faktorer. Et sterkt fellestrekk er *manglende selvtillit*. Det er mulig å tenke seg at kombinasjonen av lav utdanningsbakgrunn og et yrke med lav sosial status, er faktorer som kan føre til manglende selvtillit.

4.1.4 Familie og omsorgsoppgaver

Fire av våre informanter har opplevd svært krevende omsorgsoppgaver over lang tid i forhold til nære familiemedlemmer som barn, ektefelle eller egen søster. Fire har vært gjennom en skilsmisse, og to av dem lever i dag fortsatt som enslige. To er, eller har vært, enslige forsørgere. To ble samboere eller giftet seg da de bare var 16 og 17 år gamle. Informant 3 beskrev hvordan hun fikk ansvar for mannens 3 mnd. gamle baby da hun bare var 16 år:

*Så jeg var jo 16 da jeg skulle tre inn i en morsrolle. Og det er klart at hvis jeg skal tenke tilbake, så kan jeg jo forstå at jeg ble sliten. Men når du er midt oppi det så tenker du ikke sånn.. Du tenker ikke akkurat på det der og da at det kan være en forbindelse.. Men det er mange ganger jeg har lyst til å si (holdt på å si "skrike", men tok seg i det) **stopp**, at nå har jeg ikke lyst mer!*

Mange klienter med psykogene stemmevansker sliter med store belastninger på flere områder. Spesielt fremtredende er kombinasjonen stor ansvarsbyrde overfor familie, og manglende evne til å foreta endringer i en situasjon som de opplever som uholdbar og utholdelig. Kvinnene i undersøkelsen til Butcher, Elias og Raven (1993) var

preget av at de påtok seg stort ansvar i sosiale nettverk, hvor de samtidig hadde liten innflytelse og følte seg maktesløse. Omsorgsoppgavene kunne gjelde både egen familie og eldre slektninger. Også flere tilfeller av klienter som ble helt dominert og kontrollert av krevende barn, tenåringer eller unge voksne ble nevnt. Informant 3 fortalte om den nå voksne sønnen som hadde store vansker på skolen:

Det var så mye; jeg tror ikke det var en uke som han var hele uken på skolen. Og jeg tror nok jeg skjemmet ham grusomt bort, for jeg ville jo så gjerne at det i hvert fall skulle være litt trygt og greit. Og så da alt dette skjedde (hensynsløs "villmannskjøring") tror jeg nesten at jeg følte at han ikke brydde seg om meg. Jeg følte at jeg hadde gitt ham så fryktelig mye, og så er det takken jeg får igjen.. Jeg tror ikke han ville skjønne hvor redd jeg var..

Her kan man ane en viss selvutslettelse; at egne behov blir satt helt tilside. Og en maktesløshet i forhold til at egne behov ikke blir "sett" av andre.

Informant 1 opplevde langvarig pleie av søsteren, som døde av kreft noen år før utløsningen av afonien. Eppersom søsteren var alene med små barn, måtte hun også ta seg av barna hennes i denne perioden, i tillegg til at hun hadde tre egne barn:

Ja, det var meg som ordnet opp. Og jeg måtte på en måte holde kontrollen til alt var avsluttet. Det kan godt være at det har ligget så lenge at plutselig så var det bare... Men jeg tenker at så mange år etterpå?

Informant 4 opplevde alvorlig sykdom hos ektefellen:

Men da jeg mistet stemmen helt, for lang tid, var det i forbindelse med at mannen min fikk en alvorlig hjernesykdom, og ble veldig dårlig etter hvert. Han fikk tilbud om operasjon i hjernen. Det er klart at det var jo en veldig påkjenning, alt. Så jeg innbiller meg sånn i ettertid at det også kan ha vært en utløsende faktor.

Fellestrekkene er at det her dreier seg om store og langvarige belastninger man bare måtte "stå i"; noe annet var ikke mulig. Det er sannsynlig at disse situasjonene har medført en sterk følelse av maktesløshet; at man ikke har hatt noe valg.

4.1.5 Dialektbytte

Et forhold som dukket opp hos tre av våre informanter, var at de på et bestemt tidspunkt i livet *byttet dialekt*. For to av dem var dette da de var 10 år, mens det for den tredje var som voksen. Det har ikke dukket opp noen henvisninger til en sammenheng mellom dialektbytte og stemmevansker i de undersøkelsene vi har sett. Hvilken dialekt man snakker, har etter vår oppfatning likevel en sammenheng med stemmen og det å bruke stemmen til å kommunisere med andre.

Informant 4: Da vi flyttet hit da jeg var 10, husker jeg at jeg lente meg ut av vinduet, og så ropte jeg til noen unger: "Ska vi vær i lag?", sa jeg. "Hæ? Hva er det du sier?", svarte de. Det husker jeg den dag i dag. Da tenkte jeg at jaja, her må jeg bare skynde meg å lære å snakke som dem! Det gikk på en uke eller to, tror jeg. Så sånn var det.

Følgende ble også observert: Da vi ringte for å avtale tidspunkt for intervju, svarte informant 2 med østlandsdialekt, og med en stemme som var sterkt preget av heshet og skurr. Da hun hørte at intervjuer opprinnelig kom fra samme region som henne, slo hun øyeblikkelig over til sin "egentlige" dialekt. Samtidig forsvant skurret på stemmen, og det var en markant bedring av stemmekvaliteten. Hun fortalte selv:

Ja, for da jeg kom til Oslo så ville de tvinge meg til å begynne å snakke østlending, og det var ikke noe jeg hadde lyst til. For det hadde blitt bare knoting, og det sa jeg rett ut at jeg kunne senke farten, det var det eneste jeg kunne gjøre med stemmen min og språket mitt.

Likevel må hun i enkelte situasjoner ha byttet dialekt, i følge våre observasjoner under telefonsamtalen. Det er ikke mulig å konkludere med at det er en klar sammenheng mellom dialektbytte og stemmevanskene til disse informantene, og det at hele tre av fem hadde byttet dialekt kan være en tilfeldighet. Likevel er det mulig å tenke seg at den økte usikkerheten ved å snakke en dialekt som ikke er den opprinnelige og "egentlige", kan føre til negativ påvirkning av et allerede svakt punkt.

4.2 Livshendelser og store belastninger

Mennesker med psykogene stemmevansker har ofte vært utsatt for stort psykososialt stress og det som kan betegnes som livskriser. Cullberg (2007) ser på slike hendelser som *livskriser av eksistensiell betydning*. Dersom man mister følelsen av trygghet i tilværelsen, og mister kontrollen over det som skjer i ens liv, kan dette føre til angst og følelsen av kaos og meningsløshet. En mulig reaksjon på slike kriser er *konversjonsreaksjoner*, som oppstår gjennom at psykisk energi omgjøres til kroppslige symptomer eller sykdom. *Konversjonsafoni* kan, som nevnt, plutselig oppstå uten ”forvarsel” (Aronson, 1990a). Dette skjedde hos fire av informantene i undersøkelsen vår, uten forutgående infeksjon eller laryngitt. Det er derfor etter vår vurdering mye som peker i retning av en konversjonsreaksjon.

Flere forsøk har blitt gjort på å komme fram til en teori i forhold til hvilke typer livshendelser eller kriser i et menneskes liv som i størst grad kan utøse afoni (Cochrane & Robertson, 1973; Brugha, Bebbington, Tennant, & Hurry, 1985; Butcher, Elias, Raven, Yeatman, & Littlejohns, 1987). I dette kapittelet vil vi ta for oss de hendelsene som forekom hos våre informanter; som ulykker og alvorlig sykdom, dødsfall, oppsigelse, skilsmisse, rettssaker og andre langvarige belastninger.

4.2.1 Ulykker, dødsfall og alvorlig sykdom

Butcher, Elias og Raven (1993) peker på at muskulære spenninger kan føre til afoni. Vi går ut fra at det her menes spenninger som har utviklet seg over lengre tid, men at dette muligens også kan forekomme ved plutselige sjokk, hvor muskulaturen blir utsatt for en brå anspennelse. Informant 1 fortalte om da hun plutselig mistet stemmen da motorsykkelen hennes fikk skrens, og hun nesten veltet:

En gang mista jeg stemmen da vi hadde en opplevelse på motorsykkelen som gjorde at jeg spente meg veldig. Hele muskulaturen ble på en måte veldig spent. Da var stemmen helt borte en dag. Men den gangen kom den tilbake helt uten noen ting.

Både informant 1 og 3 har det til felles at en ny angstfull situasjon oppstår, som muligens kan sees i forbindelse med en tidligere svært belastende situasjon.

Informant 3 opplevde nesten å miste sin 12-årige sønn ved drukning. Seks år senere opplevde hun at han, som hadde slitt veldig på skolen, og som det ”*har vært veldig, veldig, veldig mye med*”, får førerkort som 18-åring:

Plutselig var han ute og kjørte hele nettene, og de spant og herjet. Jeg hørte dem jo. Jeg var så redd, og han skjønnte det ikke.. Jeg opplevde en helt ekstrem redsel. For jeg holdt jo på å miste ham en gang.. Så jeg tenkte at det er klart at det skjer noe, og aldri går godt. Jeg hadde ikke noe jeg skulle ha sagt, og hadde ingen kontroll på situasjonen. Det var en veldig sterk følelse av maktesløshet..

I denne perioden mistet hun stemmen, noe hun aldri tidligere hadde opplevd. Det er her mulig å se en sammenheng mellom den første opplevelsen, da hun holdt på å miste ham, og at det blir en slags ”nesten-gjentakelse” da han setter sitt eget liv i fare ved uvettig kjøring. Baker (2003) viser til hvordan den opprinnelige traumatiske hendelsen noen ganger kan ligge langt tilbake i tid, ofte flere år. Nøkkelen til å finne tilbake til det skjulte traumet, kan være nye hendelser som på ett eller annet vis er assosiert til den opprinnelige hendelsen, og kan virke som en ”trigger” eller utløser for stemmevansken. Den opprinnelige opplevelsen kan ha vært så smertefull eller skremmende at den blir presset ned i det ubevisste, og kommer dermed ut av den bevisste eller viljestyrte kontroll.

Informant 1 fortalte om en langvarig og svært belastende periode i livet sitt flere år før hun mistet stemmen:

Det var vel egentlig en tanke som jeg gjorde meg, selv om jeg ikke la noe vekt på det akkurat da; jeg mistet søsteren min seks år tidligere. Hun døde i kreft, og satt igjen da med to små barn. Jeg begynte å lure på, er dette en reaksjon på det?

Selv kunne hun likevel ikke se noen direkte sammenheng mellom dette og det at hun mistet stemmen, fordi hun mente det lå flere år tilbake i tid. Men helgen før hun plutselig mistet stemmen hadde hun opplevd å bli svært redd under en flytur:

Informant 1: *Hadde det noe med flyturen å gjøre, turbulens i fly, altså man laga seg noen bilder om, helt sikkert feil, men der og da så lager du deg noen bilder som er helt merkelige liksom.. Skal jeg tørre å fly noe mer? Det var sånn at jeg satt med en type angst når jeg skulle fly første gangen etterpå.*

Kan den ekstreme angsten hun opplevde under flyturen settes i forbindelse med opplevelsen av søsterens død? Selv lette hun etter en forklaring på hvorfor stemmen plutselig forsvant, men kunne ikke nevne andre forhold rundt tidspunktet for stemmetapet enn den svært angstfulle opplevelsen i flyet. Er det mulig at *dødsangsten* kan være en slags ”fellesnevner” som forbinder de to opplevelsene?

En lignende situasjon ser vi hos informant 4, som opplevde alvorlig sykdom og en svært risikabel operasjon hos sin mann. Like etter at han ble operert, mistet hun plutselig stemmen. Hun fortalte om da den voksne sønnen hennes kom på besøk på sykehuset, mens mannen ble operert:

Jeg var alltid vant til ”å være den sterke”. Men jeg var helt knekt da han kom. Jeg har alltid trodd at jeg har vært så sterk, ikke sant. Men det gjorde nok mer inntrykk enn jeg kanskje var klar over da.. Jeg vet ikke..

En konversjonsstemmevanske kan blant annet være forårsaket av engstelse, stress, depresjon eller av en mellommenneskelig konflikt. Resultatet av undertrykt spenning uten mulighet for utløsning kan føre til unødvendig høy muskelspenning i larynks, som viser seg å være et ekstremt sensitivt område i forhold til følelsesmessig stress. Kjernen til konversjonsstemmevansker kan ligge i at klienten ikke er bevisst den psykodynamikken som ligger til grunn, og at de i tillegg kan de være preget av forestillingen om at det å gi sterke uttrykk for følelser innebærer å vise tegn på svakhet. De holder derfor fast på forestillingen om at tilstanden har en fysisk årsak, og kommer raskt i forsvar dersom det blir antydning at emosjonelle konflikter kan ligge til grunn (Aronson, 1990a; Aronson, 1990b). I dette tilfellet er nok informanten klar over at afonien har sammenheng med den store belastningen hun var utsatt for. Hun var likevel overrasket over denne reaksjonen, og spesielt over at den varte så lenge som et halvt år.

4.2.2 Rettssaker ved skilsmisse og barnefordeling

Fire av våre informanter hadde opplevd å bli skilt, og en opplevde en rettssak i forbindelse med skilsmissen.

Informant 2: Ja, det var jo en veldig stor belastning da jeg ble skilt.. Og min eksmann var ikke noe særlig snill, da. Han prøvde jo å gjøre alt for at jeg ikke skulle greie det..

To hadde vært med i rettssaker i forhold til barnefordeling eller barnevern. Selv om det ene tilfellet gjaldt barnebarn, vil dette uansett innebære en stor psykisk belastning.

*Informant 1: Han yngste sønnen vår var samboer, og da ble det et samlivsbrudd som det har vært en del historier rundt. Rettssaker i forhold til barnefordeling og sånne ting. Da var det også litt sånn at stemmen forsvant, men da ble den ikke **helt** borte. Den var der, og jeg klarte å kommunisere sånn over bordet. Det ble en stressituasjon av det..*

Informant 3: For det ble en sak for barnevernsnemnda, og ekskona til mannen min kunne ikke ha omsorgen, så det var veldig spesielt. Barnevernsnemnda var der, vi var i rettssak.

Det å være utsatt for både stress og stor følelsesmessig belastning kan være betegnende for det man gjennomgår både ved en skilsmisse, og kanskje spesielt i barnefordelingssaker. Skilsmisse og rettssaker regnes som to av de hyppigst forekommende livshendelser som innebærer en stor risiko for helsemessige konsekvenser, og med stor eller betydelig langtidseffekt (Brugha, Bebbington, Tennant, & Hurry, 1985)

En dimensjon ved typiske ”livshendelser”, er at den enkelte ofte har liten innflytelse og kontroll over det som skjer og over egen livssituasjon, og at følelsen av maktesløshet er fremtredende. Dette kan føre til en stressreaksjon, også fordi stresset blir forårsaket av ytre hendelser som den enkelte ikke har erfaring med, og hvor det kreves en *uvanlig stor innsats for mestring* (Selye, 1978; Arnetz, 1995; Martin & Darnley, 2004).

4.2.3 Jobbskifte og oppsigelse

Hos de fleste av informantene ser det ut til at det ikke bare er *en* bestemt hendelse som kan ha vært utslagsgivende i forhold til afonien. Som oftest er det flere hendelser og belastende forhold som virker parallelt. Hos informant 2 var for eksempel følgende forhold sammenfallende: Hun hadde store problemer med helsen og hadde flere kroniske skader og sykdommer. I tillegg var hun aleneforsørger, hadde opplevd en traumatisk skilsmisse med rettssak, slet økonomisk, var fysisk og psykisk utmattet og mistet etter hvert jobben og hele eksistensgrunnlaget for seg og barna. Hun fortalte at på det tidspunktet da hun mistet stemmen første gang, hadde hun jobbet lange dager med overtid, følt seg svært presset økonomisk og vært redd for å miste jobben:

Du sa jo ja når de spurte om overtid, for du var jo livredd for å miste jobben din. Så du gjorde jo alt for at du ikke skulle bli oppsagt..

Da stemmen forsvant for andre gang, skjedde dette i en fase med omorganisering.

Ja, for det var i oppsigelsestiden, det. Så jeg ble jo oppsagt fra jobben. De måtte omorganisere alt, og det var jo helt fortvilet...

Tre av informantene ble oppsagt mot sitt eget ønske. Informant 1 føler også i dag at jobbsituasjonen er svært usikker, og at dette påvirker stemmekvaliteten:

Informant 1: Jeg ser det hvis det blir en litt stressa situasjon på jobb, så kan jeg merke at det gjør et utslag på stemmen min. Det har også noen av mine arbeidskollegaer begynt å bemerke. For da hører de at stemmen min begynner å vibrere på en måte som de legger merke til, men det merker ikke jeg.

Aller mest belastende er det som *ikke* blir sagt åpent og direkte:

Det er kommentarer som går mellom lederne. De er veldig dårlige til å informere nedover, og så får du den rykteflommen som går på gangen..

Jeg søker mot en annen situasjon. Og det føler jeg særlig nå som jeg har følt at det er et eller annet som de begynner å bemerke med stemmen min, da føler jeg at det er noe mer som jeg kanskje selv må ta tak i. Da er det kanskje det å komme vekk fra en situasjon som er usikker..

4.2.4 Kampen for tilværelsen

Som nevnt tyder mye på at psykogene stemmevansker hovedsakelig er et kvinnefenomen, og det ser ut til at følgende er typisk: Kvinner med psykogene stemmevansker har ofte store omsorgsoppgaver og hovedansvaret i familien, i tillegg til at de kan oppleve at de ikke selv kan gjøre noe for å endre denne situasjonen. Samtidig kan de ofte mangle et beskyttende sosialt nettverk (Butcher, Elias, & Raven, 1993; Kinzl, Biebl & Rauegger, 1988; Segerstrom & Smith, 2006). For informant 2 så begge disse faktorene ut til å være tilstede:

Jeg måtte jobbe så mye overtid at jeg visste at jeg hadde penger når jeg skulle ut med dem. For jeg skulle vise eksen at jeg skulle greie det. Så det gjorde jeg. Men det var jo en kamp hele tiden.. Jeg var jo alene om alt... (Vår utheving).

Selv om denne overbelastningen ikke var direkte utløsende for afonien, kan det ha vært med på å skape grunnlaget for at hun senere mistet stemmen for andre gang da hun ble oppsagt:

Det var ikke da jeg mistet stemmen. Men det var vel kanskje det som i bunn og grunn var med og gjorde at jeg mistet stemmen. (Vår utheving.)

For andre kan en belastende barndom ha ført til en hard kamp for tilværelsen svært tidlig i livet:

Informant 4: Moren min hadde store psykiske problemer og far var alkoholiker. Så jeg har liksom hatt litt sånne ting opp igjennom livet, så jeg har alltid lært meg sånne overlevelsestrategier.

Det kan virke som om hun til tross for en vanskelig start i livet har lært seg noen mestringsstrategier, som med stor sannsynlighet har vært med å prege hennes voksne liv også. Hun var den eneste av våre informanter med høyere utdanning. Likevel kan man ikke utelukke at tidlige traumatiske hendelser kan være med på danne grunnlag for sykdom senere i livet, kanskje spesielt dersom det er stort sammenfall av andre belastende faktorer i tillegg.

Det er mye som tyder på at uttrykket ”det er ikke hvordan du har det, men hvordan du tar det” kan ha en viss relevans. Det er viktig å kunne tilpasse seg virkeligheten når

den ikke kan forandres, og ha evne til å møte utfordringer i livet på en konstruktiv måte. Likevel kan det være perioder eller situasjoner i den enkeltes liv som rett og slett kan være så overveldende og utfordrende at det vil kreve ”overmenneskelige” ressurser for å mestre dem. Kanskje nettopp når flere utfordringer opptrer parallelt, og det kan synes som om det er en *oppbygning* av vanskelige forhold. Seifert og Kollbrunner (2005) peker også på at det kan synes som om det som har størst innvirkning på helse og velvære, er *vedvarende* stressende forhold som ikke mestres fordi utfordringene er for store i forhold til den enkeltes ressurser.

4.2.5 Søvnmangel og total utmattelse

Blant mulige årsaker til psykogen afoni, er det ett forhold som i stor grad utpeker seg hos våre informanter som spesielt belastende *enkelthendelse*, selv om vi ikke har møtt dette noe sted i den teorien vi har lest: Nesten alle våre informanter nevnte at de hadde vært helt utslitte fysisk og psykisk på det tidspunktet de mistet stemmen. Dette var for flere av dem sammenfallende med *ekstrem søvnmangel over lengre tid*.

Informant 3 fortalte om perioden rett forut for da hun mistet stemmen:

Jeg slet nok en del med ikke å få sove. Jeg styrte fælt den jula og i forkant med ikke å få sove. Jeg sov litt, var våken, sov litt, var våken. Det var liksom som om kroppen var sånn i helspenn.

Informant 4 fortalte om den lange perioden med alvorlig sykdom hos mannen hennes:

En annen faktor som jeg har tenkt litt på, det er at jeg hadde en veldig lang periode hvor jeg ikke sov om natta fordi jeg måtte hjelpe ham og snu seg 10-12 ganger pr. natt. Det blir akkurat som du går i søvne, og at det presser en hjelm på hodet..

Det var nesten det mest slitsomme faktisk, at jeg ikke fikk sove over så lang tid. Jeg husker ikke akkurat hvor lenge det varte, men det var ganske lenge, kanskje et år eller noe sånt..

Ødelagt døgnrytme og søvnvansker kan også være en reaksjon på langvarig høyt angstnivå, og at kroppen lenge har vært i ”alarmberedskap”, noe som viser seg ved de

store mengdene med stresshormoner som blir utløst i kroppen (Mirdal, 1990; Cullberg, 2007).

Flere av informantene beskrev på andre måter den *totale utmattelsen* de opplevde enten rett før eller like etter de mistet stemmen. For enkeltes del kan det virke som om de først ble klar over hvor slitne de var idet stemmen forsvant.

Informant 3: Men jeg kjente jo etter hvert, - jeg var jo så sliten. Da jeg hadde dusjet så måtte jeg legge meg på badegulvet før jeg tørket meg; jeg orket ikke tørke meg. Og tørke håret kunne jeg ikke klare i en omgang, jeg måtte ha pauser.

Faktisk så var det noe fysisk også. For det var vel det at kroppen hadde sagt stopp. Søsteren min sa det til meg: ”Det er jo det at du har gått på en smell”, sa hun. ”Nei, for noe tull”, sa jeg.

Utmattelsen hadde også innvirkning på hørselen hennes:

Jeg syntes det var så vondt når vi var mange sammen, da hørte jeg ikke. Det er så vanskelig å forklare... Det ble så mye kaos, at det var lettere hvis vi satt en til en og pratet.

Informant 2 fortalte om tilstanden hun var i etter år med ekstreme belastninger:

Og sånn holdt jeg på til jeg ble så dårlig at jeg så vidt greide å reise meg, og så måtte jeg legge meg igjen, for jeg hadde ikke krefter.

Informant 4 hadde sine egne tanker om afonien, som for hennes del varte i et halvt år:

Kanskje kroppen trengte den tiden på å restituere seg da, og få krefter og overskudd tilbake? Kanskje. Jeg vet ikke.

Flere mennesker som har opplevd ”å gå på veggen” forteller om en total utmattelse, og at de gjennom det at de ikke *kunne* bevege seg ble tvunget til å ta det helt med ro.

På den måten fikk både kropp og sjel sjansen til å restituere seg. Felles for disse tre var at de alle ble ute av stand til å fortsette å arbeide, og at de ble sykemeldt. Så kanskje stemmetapet for dem alle førte til at de fikk en sårt tiltrengt hvile? I Kap.

4.3.5 kommer vi nærmere inn på hvordan det å ikke klare å stoppe i tide kan se ut til å være et personlighetstrekk hos flere av informantene.

4.3 Personlighet

Mye kan tyde på at personer med visse personlighetstrekk ser ut til å være spesielt utsatt for psykogene stemmevansker, heller enn at stemmevanskene er en konsekvens av endringer i personligheten. Flere forskere har pekt på trekk som synes å kjennetegne en del klienter med psykogene stemmevansker. Dette kan synes å være: Lav selvtillit, problemer med å hevde egne meninger og behov, og det å kunne uttrykke aggresjon eller negative følelser i konfliktsituasjoner (Aronson, 1990a; Gerritsma, 1991; Günther, Mayr-Grafl, Miller, & Kinzl, 1996; Nelson, Bless & Heisey, 2000; Seifert & Kollbrunner, 2005).

4.3.1 Selvfølelse og selvhevdelse

Dårlig selvfølelse og problemer i forhold til selvhevdelse kan sees både som *årsak* til afonien, og som en *konsekvens* av å være stemmeløs. Det å *være* stemmeløs påvirket selvfølelsen til flere av våre informanter. Men dårlig selvfølelse og manglende evne til å markere egne behov, ser også ut til å vise seg på andre måter. Det blir da mer som *trekk ved personligheten*.

Informant 3: Jeg er nok veldig, veldig redd for å såre noen, og ja, for kanskje ikke å bli likt... Som person er jeg en som er livredd for å såre andre, livredd for å ikke strekke til, lett for å gjøre det jeg føler andre forventer.

Informant 1: Jeg føler at jeg oppfyller andres behov når de ber om det.

Flere enn disse to strekker seg langt for å oppfylle andres behov:

Informant 2: Jeg hadde jo veldig lyst til å begynne å jobbe igjen, men på grunn av sønnen min, når jeg så hvordan han reagerte da jeg gikk fra ham i barnehagen, så valgte jeg ham foran arbeidet, ja.

Men bank i bordet, jeg selv var ikke klar over at jeg var så langt nede. Jeg hadde ikke tid til å tenke på meg selv.

Hun fortalte videre om en stolthet over å klare seg selv, og over ikke å være en belastning for andre:

***Og jeg er ikke et menneske som ber om hjelp.** Det går ikke for meg det, jeg skal greie meg selv. Det er en sperre, men det er vel noe du er oppdratt til; at du skal greie deg selv, du skal ikke mase på andre for de trenger vel den tida de har selv. (Vår utheving.)*

Det å klare seg selv gir på den ene siden en følelse av mestring. Samtidig kan det å ikke klare å be om hjelp fra andre muligens vitne om en manglende opplevelse av egenverd; av det å være betydningsfull eller viktig i forhold til andre mennesker.

For informant 3 er det også viktig å oppfylle andres forventninger. På den måten gjør hun seg også uunnværlig for andre:

Folk har kanskje fått det inntrykket av at jeg er der bestandig også. Jeg er der, jeg ordner, og da kan jeg ikke klare å gi slipp på det, for det er den forventningen andre har til meg. Det er ikke godt for andre å kunne ta over, for jeg gir dem aldri sjansen til det. Og det er jo noe der, at vi tror på et vis selv at vi må ordne alt, og da blir det sånn. Og så tror du at alle andre forventer det av deg.

Det kan også virke som om det å markere egne behov kan være vanskelig. Informant 3 sammenfattet dette på følgende vis:

*Det var kanskje sånn at nå ville ikke stemmen, **så da var det slutt på å si ja.** Men når du er midt oppi det så er det ikke godt å se det sånn. Så jeg har lært mye, **jeg har nok blitt flinkere til å si nei.** Jeg har alltid vært et sånt ja-menneske. Jeg husker mamma spente meg på leggen før, når jeg sa: "Det kan jeg gjøre, det!" Jeg tror kanskje at nå må jeg gjøre noe med det selv, og jeg vet jo det at **hvis jeg ikke setter foten ned, så er det ingen andre som gjør det for meg.** (Vår utheving.)*

Livskriser og store belastninger i livet kan være hendelser som kan ha innvirkning på vår selvfølelse dypest sett; vår følelse av å være verdifulle og å lykkes (Cullberg, 2007). Det viser seg at følelsen av maktesløshet, manglende selvtillitt og dårlig evne til selvhverdelse, ofte er sammenfallende med psykogen afoni (Butcher, 1995).

Hvis vi skal sammenfatte vårt inntrykk av egenskaper eller personlighetstrekk ved våre informanter etter intervjuene i forhold til selvfølelse og selvhverdelse, vil det bli følgende: En person som er redd for ikke å strekke til, og som setter egne behov tilside for å oppfylle andres behov og forventninger, ofte ved å gjøre seg selv

uunnværlig. I tillegg er det en person som har problemer med å markere egne behov, og som ikke klarer ”å si nei”.

4.3.2 ”Jeg er nesten aldri sint..”

Alle informantene beskriver vansker med å vise sinne, eller overhodet å føle seg sint, og problemer med å hevde egne synspunkter eller interesser i en konflikt. Flere beskrev hvordan de ikke klarer å gi et spontant uttrykk for det sinnet de føler:

Informant 1: *Da kan jeg bli veldig irritert og sint inni meg, jeg kjenner at jeg på en måte koker, men jeg sier allikevel ikke noe før jeg på en måte har fått roet ned tankene mine.*

Informant 4: *For jeg blir veldig sjelden ordentlig sint. Men vanligvis så blir jeg morsk eller mer irritert kanskje enn sint. Når jeg er stresset så blir jeg nok litt mer sånn oppfarende, eller sånn irritabel på en måte da. Tåler ikke så mye.*

Informant 5: *Jeg beholder egentlig roen ganske godt. Det skal egentlig mye til før de setter meg ut..*

Informant 3: *Jeg er nesten aldri sint.*

Mye kan tyde på at sinnet hennes har blitt undertrykket. Hun fortalte om det første møtet med en alternativ behandler mens hun var uten stemme:

Så han bare så på meg, og tok på meg noen steder bak på ryggen og sa: ”Du er full av sorg og sinne.” Og jeg bare grein og grein og grein..

Hun fortalte oss at hun egentlig bare hadde blitt ordentlig sint *en eneste gang* hele sitt liv. Et par dager senere mistet hun stemmen:

Og jeg husker jo da i januar rett før det skjedde, - jeg trodde jeg skulle eksplodere, jeg var så sinna, jeg var så sinna på ham! (Sønnen) Det var en bagatell, han hadde glemt å lufte bikkja, og jeg var så sinna, og det svartnet helt.. Og jeg sa så mye stygt at jeg trodde aldri at jeg kunne så mye. Og det sa han også etterpå: ”At du kunne så mange ord, mamma..”

Mye tyder på at hun også må ha følt avmakt blandet med raseri i denne konflikten:

Jeg var så sint på ham, og jeg husker jeg var så sint at, - jeg tør nesten ikke si det en gang, - at jeg truet med å drepe bikkja!

Flere av informantene nevner at de har problemer med å forsvare seg selv i en konflikt. På spørsmålet om hva hun gjør for å takle en situasjon hvor hun blir nervøs eller sint, svarte informant 2:

Jeg blir vel stille.. Jeg er ikke flink til å si ifra når det gjelder meg selv. Men jeg er veldig flink til å si fra hvis det er andre som blir angrepet! Da sier jeg fra!

Men hvis hun selv blir urettferdig behandlet, blir hun bare stille.

Informant 3 reagerer med gråt istedenfor å hevde egne interesser:

Nei, jeg trekker meg før det blir konflikt nesten. "Du kan ikke grine deg til det" sa mannen min fra vi ble sammen. Men jeg kan ikke noe for det, for tårene kommer.. For jeg vil så gjerne at det skal være greit, jeg strekker meg jo så langt jeg kan! Strekker jeg meg for langt, så kommer tårene..

Her kan man ane en sammenheng med det som betegnes som COSO, eller "Conflict Over Speaking Out", som House og Andrews (1988) fant var vanlig i gruppen kvinner med psykogene stemmevansker, og at en stor andel hadde opplevd slike konflikter forut for utløsningen av stemmevansken. Butcher, Elias og Raven (1993) beskriver også mange av klientene med psykogene stemmevansker som mennesker med store vansker med å uttrykke egne meninger eller sinne, og som ofte har måttet akseptere mange personlige konflikter uten protest.

4.3.3 "Fordeler" ved å være stemmeløs

Av og til kan det vise seg å være "nyttig" å ikke ha stemme, eller å måtte skåne stemmen. En primær gevinst ved afoni kan muligens være at sykdommen fører til en lettelse av en vanskelig situasjon, eller til at en konflikt blir lagt tilside. Dette kan for eksempel innebære at man unngår å gi uttrykk for sinne eller uenighet (Gerritsma, 1991; Boone & McFarlane, 1994; Butcher, 1995). Informant 1 fortalte om hvordan stemmen ofte forandret seg i konfliktfylte situasjoner på jobben:

De reagerer på sitt vis, men jeg reagerer med det at stemmen på en måte blokkerer ut; da behøver ikke jeg å si noe mer. Og om det er sånn mekanisk fra min side i dag, det vet jeg jo ikke. Jeg klarer på en måte å si at: "Ok, jeg behøver ikke å si noe." Da kan jeg bare tie stille, jeg.

For da kan jo jeg bare sitte og gjøre mitt inne på kontoret og lukke døra. Jeg behøver ikke prate med noen. Ja, da havner jeg nedi en sånn "skuff" på en måte, og sier at ok, da er det ingen som behøver å si noe til meg. De forventer jo ikke noe svar. Og det er en sånn tanke jeg har gjort meg nå den senere tid; er det psyken hos meg som gjør at jeg kan lukke det ute? Det har jeg tenkt.

Mirdal (1990) peker på hvordan fysiske symptomer på en stressreaksjon kan avlede oppmerksomheten og skape pusterom i en belastende periode. Dette kan være en akseptabel løsning i en situasjon hvor selvaktelsen står på spill, og kan både avlede sinne, mobilisere omsorg fra omgivelsene og til en viss grad utøve kontroll over dem. Slik vi tolker dette, er dette en ganske god beskrivelse av en konversjonsreaksjon, og de fordelene eller gevinstene man kan oppnå gjennom den.

Når en person fornekker tilstedeværelsen av følelsesmessige problemer eller bekymringer, og viser likegyldighet overfor forsøk på behandling, kan dette innebære at vedkommende egentlig ikke ønsker å få tilbake stemmen, eller stiller seg likegyldig i forhold til dette. En slik reaksjon betegnes som en alvorlig konversjonsreaksjon, og er vanskelig å behandle. I slike tilfeller blir det ofte anbefalt behandling hos psykolog, fordi mye tyder på at dypereliggende konflikter kan ligge til grunn for stemmevansken, og at logopedene alene derfor ikke har forutsetninger for å lykkes med behandlingen (Butcher, Elias og Raven, 1993).

Det kunne virke som om informant 5, som hadde vært afonisk i 7 år, hadde avfunnet seg med at "stemmen levde sitt eget liv" utenfor hennes kontroll, nesten som om den ikke hadde noen direkte forbindelse med henne:

*Ja, som jeg sier, **stemmen har begynt å leve sitt eget liv** [ler]. Den bare fant ut at nå hadde den vært lenge nok borte [ler]. (Vår utheving.)*

Hvor lenge blir den nå? Er den kommet for å bli eller har den planer om å forsvinne igjen?

Hun uttrykte en tilsynelatende likegyldighet i forhold til hvilke konsekvenser det kan føre til dersom hun ikke får tilbake en stabil stemme igjen:

Du kan si at i og med at arbeidskontoret skal ha meg ut i jobb, så blir det jo en del tenking på det. Men det må jo bli deretter da, det må jo bli noe som du ikke

trenger å bruke stemmen på. Og det er ikke så mye! [Ler] Så det er veldig lite egentlig som kan gjøres.. (Vår utheving.)

Mye kan tyde på at dette kan være et eksempel på "la belle indifference" (Butcher, Elias, & Raven, 1993), og at hennes "gevinst" ved ikke å få tilbake stemmen muligens kan være at hun kan unngå en bestemt arbeidssituasjon. At dette er et bevisst ønske fra hennes side er lite trolig.

I tilfeller av "La belle indifference" antar man at afonien er et ubevisst middel til å unngå å konfrontere dyp angst. En forandring av denne situasjonen ville kunne føre til at klienten for det første må "se angsten i øynene", og for det andre at må oppgi sin "unngåelses-strategi" i form av stemmeløsheten. (Butcher, Elias, & Raven, 1993).

Om tidligere livshendelser det hadde vært vanskelig å takle, sier informant 5:

Det har ikke vært noe, verken før eller etter at jeg mistet stemmen. Det er det som egentlig er det rare. Det har liksom ikke vært noen grunn til det sånn sett.

Dette kan tyde på fortrenkning av konflikter eller kriser i livet; alt har alltid vært OK. Men hvem går gjennom livet uten en eneste krise? Er dette et tegn på manglende selvrefleksjon? Eller har det å gjøre med at hun ikke ville fortelle oss om noe som opplevdes som vanskelig? Dette er noe vi aldri vil få svar på. Likevel merket vi oss at nettopp denne informanten var den som hadde vært afonisk lengst; i hele 7 år, bare avbrutt av korte perioder med svært dysfonisk stemme. I tillegg hadde ingen behandling kunnet hjelpe henne. 3 perioder med behandling på Bredtvet Kompetansesenter hadde ikke ført til varig bedring av afonien. Ellers var hun den eneste av informantene som uttrykte det vi tolket som resignasjon eller likegyldighet i forhold til å få tilbake stemmen.

4.3.4 Bekymring for andre

Flere av informantene har opplevd ekstremt angstutløsende situasjoner. Mirdal (1990) deler angst inn i to hovedtyper; *akutt angst* og *kronisk engstelse*. Sistnevnte kan forstås som et vedvarende personlighetstrekk, eller en overfølsomhet som gjør at en person alltid er forberedt til å møte visse situasjoner som truende eller farlige, og

derfor ofte kommer i alarmberedskap. Det er vanskelig for oss å skulle bedømme om den kroniske engstelsen og bekymringen for andre hos enkelte av informantene kan være et underliggende personlighetstrekk. Dette er det ikke mulig å fastslå etter bare ett møte.

Informant 3 fortalte om den ekstreme og vedvarende angsten hun følte etter at sønnen begynte å kjøre som 18-åring; en angst som man vel kan betegne som både akutt og kronisk:

I jula da planla jeg begravelsen hans. Jeg var helt sikker på at han kom til å dø. Jeg tenkte at det er klart at det skjer noe, og at dette aldri går godt.

Informant 4 må også ha opplevd en ekstrem angst da mannen hennes fikk en alvorlig kronisk sykdom, og gjennomgikk en langvarig og kritisk operasjon:

Det er klart at jeg var redd for at noe skulle gå galt med operasjonen.. Du går jo og tenker, har den lille tanken at kanskje, hvis det skulle skje noe galt..

Kronisk engstelse kan gjøre en mer sårbar for psykosomatiske lidelser (Kinzl, Biebl & Rauchegger, 1988; Greene & Mathieson, 1991; Mirdal, 1990). Det er mulig å tenke seg at både den akutte og den kroniske angsten informantene følte, muligens kan være relevant som en faktor som kan ha gjort dem mer sårbare, og at de gjennom denne sårbarheten også kan ha blitt mer utsatt for en psykogen lidelse som afoni.

4.3.5 “Å svelge gråten”

Flere har opplevd ”å svelge gråten” eller ”å dytte bort” de angstfremkallende tankene og følelsene i tidligere belastende perioder i livet, eller i forbindelse med utløsning av afonien.

Informant 1: Da søsteren min døde fikk jeg ikke reagert ordentlig ut, og jeg svelget nok gråten fordi jeg skulle være den tøffe.

Utrykket ”å svelge gråten” peker direkte på halsen og det å svelge. De fleste som har opplevd denne tilstanden, vil beskrive den som en smertefull anspennelse i halsregionen, ofte sammenfallende med at ”stemmen blir tykk”. Det er i slike tilfeller

vanskelig å tilbakevise hvilken enorm kraft følelser kan ha på både stemmen og på muskelanspennelse.

Informant 3 fortalte om hvordan hun hadde undertrykt angstreaksjonen den gangen sønnen nesten hadde druknet:

*Og da var det veldig fort at jeg ville tilbake; det skulle ikke fokuseres på noe!
Da skulle jeg liksom komme i gjenge igjen med en gang..*

Informant 4 beskrev hvordan det kjentes umulig for henne å konfrontere angsten overfor at mannens operasjon skulle mislykkes:

Åh, jeg orket nesten ikke tenke det en gang, bare dyttet det bort..

Det kan synes som om det å skulle være tøff, og det å komme seg raskt videre har vært uheldige strategier for disse kvinnene, noe de selv tydelig har reflektert over i ettertid.

Både informant 3 og 4 opplevde en voldsom angst for at noe alvorlig skulle skje med mennesker de var glade i. Og de vurderte begge situasjonen som livstruende. Begge mistet stemmen i denne forbindelsen, og begge satte den angsten de hadde opplevd i forbindelse med afonien. I tillegg var begge åpne for at for eksempel den langvarige søvnløsheten eller utmattelsen på grunn av store omsorgsoppgaver også kunne ha vært medvirkende årsaker til afonien.

4.3.6 “Jeg holder på til jeg stuper..”

Ytre press eller stress kan ofte være forårsaket av omstendigheter utenfor den enkeltes kontroll, og kan takles på forskjellig vis. Det er i denne sammenheng ikke snakk om mengden belastninger eller utfordringer objektivt sett, men om hvordan den enkelte forholder seg til situasjonen. Mye kan tyde på at flere av våre informanter har presset seg selv svært langt, og at dette kan betegnes som et trekk eller en egenskap ved personligheten. Dette kan bunne i et ønske om ikke å vise svakhet, i pliktfølelse eller i et ønske om å være tapper.

Informant 2: *Jeg har aldri vært den som har gitt meg over..*

Informant 4 fortalte om stor arbeidsbyrde på skolen, i tillegg til de store søvnevanskene hun hadde:

Så jeg gikk på til jeg stupte altså, - jeg gikk på til jeg heiv etter pusten og hadde astma og sånn. Det er klart at jeg vil så gjerne lenge!

Dette kan sammenfattes til *en manglende evne til å stanse i tide*, før den totale utmattelsen inntreffer. I denne sammenheng kan det være interessant å se nærmere på hva langtidseffekten av denne utmattelsen kan føre til. Her kan det for eksempel være relevant å trekke inn forskningen på hvordan angst ved sterkt traumatisk stress, kriser og langvarige belastninger kan utvikle seg til et posttraumatisk stressyndrom (Mirdal, 1990; Bunkholdt, 2002).

4.4 Erfaringer med å miste stemmen

Det har de senere år blitt fokusert på hvilken innvirkning stemmevansken har på ulike aspekter ved klientens liv. Det fokuseres på evnen til å fungere i hverdagen på ulike livsarenaer. Livskvalitet og grad av funksjonshemming omfatter ofte negative sinnsstemninger, fysisk fungering, sosiale aktiviteter, fritidsaktiviteter og sykefravær (Williams, 2006). Vi har blant annet lagt vekt på å undersøke hvilke *konsekvenser* stemmeløsheten har hatt for informantene både da de var stemmeløse, og etter at stemmen kom tilbake. For fire av dem har afoni vært *et tilbakevendende problem*. Det er verdt å merke seg at de samme faktorene som kan ha utløst afonien, også kan ha opprettholdt den og ført til en del negative konsekvenser i informantenes liv.

Som langvarige *følger* av afonien og hendelser som utløste den, blir konsentrasjonsvansker, depresjon, søvnevansker, oppgitthet og utmattelse beskrevet av informantene. Dette har ført til dårligere livskvalitet både mens stemmen var borte og etter at stemmen kom tilbake.

Informant 3; *Jeg tror det gikk måneder hvor jeg ikke klarte å lese, klarte ikke å konsentrere meg om å lese. Jeg bare satt der.*

Målinger av livskvalitet hvor klientens perspektiv er i fokus, spiller en viktig rolle i bedømmelsen av hvor funksjonshemmet personen er. Undersøkelser viser at stemmevansker *påvirker evnen til kommunikasjon*, og klienter forteller om konsekvenser i form av psykiske og følelsesmessige vansker (Krischke et al., 2005; Colton, Casper, & Leonard, 2006).

4.4.1 Da stemmen forsvant

For de fleste kom det langvarige stemmetapet overraskende og plutselig, og uten noe forvarsel i form av forutgående halsbetennelse, luftveisinfeksjon eller allergisk reaksjon. Bare informant 2 knyttet tapet av stemmen opp mot en halsbetennelse. For de øvrige forsvant stemmen uten forutgående halsbetennelse, mens én beskriver en forbigående ”*litt uggen, og litt sår følelse i halsen*”. Det kan være interessant å se på situasjonen da stemmen forsvant:

Informant 1: Ingenting, jeg hadde ingenting, jeg var helt frisk. Men da jeg våknet mandags morgen så var stemmen bare borte. Og det var vel kanskje derfor at man på en måte ble så redd også.. For hadde man hatt vondt i halsen eller hatt noe sånn, så kunne man si: ” Ok, det er en halsbetennelse, det er en halskatarr, det er et eller annet.” Men det var ingen sånne forvarsler. Og det var ikke noe vondt, det var ingenting, - det var bare det at den ble borte.

Informant 2: Jeg ble forferdelig bekymret, og stemmen kom bort og det der vedvarte. Jeg gikk jo med vondt i halsen lenge og. Og stemmen kom ikke tilbake.

Informant 3: Det begynte på lørdagskvelden da jeg sa til mannen min at: ” Du, jeg føler meg litt uggen og litt sår i halsen.” Og dagen etterpå så var det vekk. Så begynte det litt på søndagskvelden igjen, og så var det vekk. Mandag var jeg ganske fin, tirsdag hadde jeg sånn skikkelig whisky-stemme. Onsdags morgen så var stemmen vekk. Og jeg var ikke syk, sånn at jeg hadde ikke feber.

Informant 4, som hadde opplevd stemmetap flere ganger tidligere i tilknytning til infeksjon eller forkjølelse, undret seg over måten stemmen forsvant på; plutselig og uten forvarsler, og helt ulikt de andre gangene stemmen hadde forsvunnet:

Men da jeg mistet stemmen helt for lang tid, var det i forbindelse med at mannen min var syk. Han ble veldig dårlig etter hvert, sånn at han fikk tilbud om operasjon. Plutselig så kjenner jeg at jeg blir litt sånn rar når jeg sitter inne på sykeværelset og venter mens han blir operert. Og så kjenner jeg at den blir borte, eller dårligere og dårligere sånn gradvis, men da var jeg ikke noe forkjølet.

Informant 5: Jeg hadde stemme når jeg dro herifra og skulle på jobb. Og mens jeg sitter og venter på to som skulle sitte på med meg til jobben, når de kom inn i bilen, så hadde jeg ikke stemme.. Så da bare hvisket jeg.

Det knytter seg både redsel og undring til dette at stemmen plutselig blir borte nesten uten forvarsel og uten at informantene kan knytte dette til noen åpenbar årsak.

4.4.2 Angst og panikk da stemmen forsvant

Informantene knyttet angst til det å ikke finne årsaker og ikke skjønne hvorfor stemmen forsvant, det å ikke få behandling raskt og dermed ikke få hjelp til å finne mulige årsaker til afonien.

Informant 2: Jeg fikk jo først en forkjølelse og så en halsbetennelse. Og da gjorde det at jeg mistet stemmen, og jeg husker at jeg fikk nesten panikk for at jeg ikke skulle få den tilbake.

Informant 4: Men da det gikk over to uker, da begynte jeg å bli litt bekymret faktisk. Hjelp, hva er dette for noe? Så det var litt sånn ekkel følelse synes jeg, fordi det var litt sånn ukjent, og ”kommer den kanskje ikke tilbake?” Og jo lenger tid det gikk, jo mer bekymret ble jeg.

På slutten tenkte jeg, at hvis jeg ikke får igjen stemmen, hva da? Og da tenkte jeg, det hadde vært pyton kjedelig, men så tenkte jeg at, ja, det er jo egentlig ting som er verre da, sånn sett.

Informant 5: Jeg vet aldri når jeg har stemme og når jeg ikke har stemme. Ja, totalt uten min kontroll, ingen kontroll.

Angst knyttet til at stemmen ikke skal komme tilbake og til det å være funksjonshemmet. Informantene ga uttrykk for angst både på grunn av manglende kontroll over situasjonen, og for hjelpeløshet overfor noe de ikke forstod. Generelt følte fire av dem angst og panikk da de mistet stemmen, mens informant 5 mer ga

uttrykk for at hun hadde gitt opp å få kontroll over stemmen; *Det er bare sånn det er, stemmen lever sitt eget liv.*

Angsten for at det kunne skje igjen kom også tydelig til uttrykk i det at de kjente igjen symptomene, og fikk fullstendig panikk. *Uforutsigbarheten* ved stemmevansken førte til usikkerhet hos alle fem, og til redsel for når stemmen kunne forsvinne neste gang:

Informant 1: *Du får en type angst i det at du har vært borti det og skjønner at nå er den på tur bort igjen.*

Informant 2: *I hvert fall så fikk jeg panikk, for jeg ville ikke gjennom den runden noe mer. For du får en redsel som ikke er sann.*

Denne redselen kan igjen føre til en forverring og en opprettholdelse av afonien, eller til at den vender tilbake på et senere tidspunkt som en konsekvens av ekstreme muskulære spenninger. Butcher (1995) peker på hvordan generelle spenninger i muskler og skjelett nesten alltid vil forekomme sammen med stemmevansker. Det kan virke som om dette arter seg som en *ond sirkel*; man blir anspent ved tanken på at stemmen kan svikte, og når dette er et faktum, blir man enda mer anspent ved tanken på de konsekvensene fraværet av stemmen kan ha (Butcher, Elias, & Raven, 1993).

Det kan uansett synes som om angst, engstelse og ansenthhet har spilt en rolle i forhold til at afonien så ut til å være et *tilbakevendende* problem for tre av våre informanter. Denne angsten ser ut til å ha hatt stor innvirkning på *livskvaliteten* til informantene. Den førte til eksistensielle vansker som ikke å kunne rope om hjelp hvis en kritisk eller vanskelig situasjon skulle oppstå. Hos informant 3 ga afonien seg utslag i angst som forandret opplevelsen av forskjellige dagligdagse situasjoner, noe som igjen sannsynligvis førte til store begrensninger i hennes livskvalitet:

Og jeg har jo aldri vært redd for å ligge alene. Det ble jeg redd for. Jeg begynte å kjenne på at jeg kan ikke rope om hjelp, jeg kan ingen ting hvis noe skjer. Og jeg måtte nesten holde noen i hånden hele tiden fordi jeg var så redd for store menneskemengder.

4.4.3 På leting etter “hvorfors”

Informantene ville gjerne knytte tapet av stemmen opp mot en infeksjon eller halsbetennelse, som mer enn halvparten av Kinzl, Biebl og Raueggers (1988) klienter med funksjonelle stemmevansker gjorde. Tapet av stemmen ble da enklere å forklare. Dette stemte imidlertid ikke for de fleste, og det oppstod derfor et forklaringsproblem som igjen skapte undring og etter hvert angst.

Informant 1: For da hadde jeg jo knyttet meg, og jeg var veldig redd. Og jeg hadde fått en type angst, fordi jeg lurte på hvorfor stemmen min ikke kom tilbake (vår utheving). Og så skulle jeg prøve å finne et svar på hvorfor. Og når jeg ikke klarte å finne noe svar på det, så følte jeg at det var veldig dumt..

Det å miste stemmen knyttes ofte til halsbetennelse eller infeksjoner i luftveiene. Ofte blir en forutgående halsbetennelse ”brukt” av klienten som utløsende faktor (Kinzl, Biebl, & Rauegger, 1988). Informant 3 beskrev hvordan de under legeundersøkelsen på Bredtvet hadde observert at stemmeleppene hennes ikke lukket seg:

Da filmet de jo, og legen sa at stemmebåndene stod fra hverandre; de kunne ikke klare å lukke seg.. Allerede da begynte jeg å lure på om det var psykisk.. Hadde jeg ikke sett det på film, så hadde jeg trodd at det lå her (peker på hodet), hvis du skjønner hva jeg mener..

Denne informanten tolket tydeligvis dette som et ”bevis” på at det også var noe fysisk ved stemmevansken, noe som var en lettelse for henne å observere.

De aller fleste er klar over at kroppen har visse svake punkter, og at når de blir syke er det nettopp dette, eller disse områdene sykdommen slår ut på. Vanligvis blir sykdommen da sett på som ”fysisk”, og er derfor mer ”akseptabel” enn noe som er ”psykisk”. Den senere tids utvikling i synet på den tette sammenhengen mellom kropp og sjel, vil forhåpentligvis kunne føre til at det blir et mindre stigma forbundet med for eksempel psykogen afoni. Flere av informantene hadde selv vært inne på tanken om at tapet av stemmen ikke bare hadde fysiske årsaker, uten at dette i seg selv var noen hjelp i forhold til å takle afonien.

Informant 2: *Det er jo et eller annet som skjer oppi hodet på deg, - det må det være..*

Ettersom en fysisk årsak til stemmetapet ikke var å finne for de fleste, oppstod det derfor et forklaringsproblem som igjen skapte undring og etter hvert angst. Noen av informantene så en sammenheng med påkjenninger, belastninger og livshendelser, men denne innsikten kom ofte først når stemmen var på plass igjen og de hadde en avstand til det hele. I selve situasjonen da stemmen forsvant, og tilstanden vedvarte utover en til to uker, hadde de vansker for å se sammenhenger. De fleste var da mest preget av angst, tilbaketrekking, oppgitthet, utmattelse og depresjon.

Informant 5 var, som tidligere nevnt, den eneste som i stor grad så ut til å akseptere det som hadde skjedd:

Først trodde jeg at det bare var forkjølelse. Men når det ikke ble noen bedring, så slo jeg meg vel egentlig til ro med at det var skjedd..

4.4.4 Deprimert, frustrert og desperat

Det er mulig at depresjon, frustrasjon og desperasjon både kan være *utløsende* og *oppretholdende* faktorer og *reaksjoner* på stemmeløsheten (Butcher, Elias, & Raven, 1993; Seifert & Kollbrunner, 2005; Semmer, 2006). I denne sammenheng handler det om *reaksjoner* på og *konsekvenser* av stemmeløsheten, noe som også er med på å forringe livskvaliteten til informantene.

Informant 1; ***Jeg mista jo munn og mæle*** (vår utheving). *Det kom jo ikke et pip. Det ble jo bare stille. Altså, munn åpner vi for å prate, og det kommer ikke noe. Og da blir man litt desperat; stå og hoppe på kjøkkengulvet med tresko for at ungene skulle høre deg.*

Det var forskjell på informantenes måte å møte vanskene på; de hadde ulike mestringsstrategier. Det kan se ut som om den vanligste reaksjonen på å miste stemmen var desperasjon og frustrasjon, mens informant 4 til en viss grad likevel prøvde å gjøre det beste ut av situasjonen. Optimisme kan virke som en støtfanger på stress og funksjonshemming (Kivimaki et al., 2005, ref. i Williams, 2006).

Informant 4: *Jeg har alltid lært meg sånne overlevelsesstrategier. Og så tenkte jeg hva er det beste jeg kan gjøre nå? Jo, jeg må nyte naturen, så må jeg nyte sola og hverdagen. Så tenkte jeg at det er jo egentlig ting som er verre, da. Så tenkte jeg: Den kommer nok.*

Det bør nevnes i denne sammenheng at informant 4 var den av informantene som hadde høyest utdanning, hun hadde et godt sosialt nettverk og bekjente innenfor behandlingsapparatet. Den *mestringsstrategien* informantene tok i bruk ved opplevelsen av angst i en stressende situasjon, så også ut til å spille en sentral rolle i forhold til hvilke konsekvenser afonien fikk. Både personlighet, motstandsdyktighet og sårbarhet har betydning i denne sammenheng (Seifert & Kollbrunner, 2005; Semmer, 2006).

Informantene ga uttrykk for at en til to uker uten stemme ble sett på som normalt, og derfor akseptabelt. Etter to uker økte derimot frustrasjonen, de ble desperate og noen også deprimerte:

Informant 1: *Når en måned var gått og det fortsatt var sånn, da begynte jeg å bli desperat. Jeg hadde gule lapper på stua, jeg hadde gule lapper overalt, jeg klarte ikke å få frem en eneste lyd..*

Informant 2: *Jeg må si det at det var helt forferdelig, for den der psyken ble verre og verre [snakker sakte, tenker, tar pauser, tydelig preget av å tenke på dette]. Du mistet alt som het selvtillit, du følte deg som en null. Den selvtilliten var "bånn i bøtta". Til slutt så føler du nesten at du er til bry for andre.*

Informant 4: *Til å begynne med så gikk det greit, for jeg var jo vant til å kunne fungere litt sånn stemmeløs, et par uker kanskje, men så blir det mer og mer frustrerende. Det var en ekkel følelse egentlig, du føler deg litt sånn handikappet.*

Informantene gir her uttrykk for konsekvenser i form av psykiske og følelsesmessige vansker. Det er spesielt uforutsigbarheten og mangelen på forklaringer som synes å ha betydning for de følelsesmessige reaksjonene, i tillegg til det å ikke kunne uttrykke seg. Stemmetapet hadde også innvirkning på psyken ved at selvtilliten forsvant, samtidig som de ikke fikk noen forklaring på det som skjedde. Informant 2 uttrykker i tillegg at hun ikke møtte noen forståelse for stemmevanskene hos fastlegen og hos arbeidskolleger. Hun følte at hun var til bry. Depresjon og negativ

sinnstemning kan føre til tilbaketrekking fra aktiviteter i hverdagen, og det ser ut til å være en sammenheng mellom depresjon og følelsen av å være funksjonshemmet (Williams, 2006). Det som syntes å ha mest betydning for mestring i sammenheng med depresjon, frustrasjon og desperasjon, var støtte fra omgivelsene og måten informantene kom i kontakt med, og hvordan de ble møtt av behandlingsapparatet. Hvor raskt de kom i kontakt med behandlingsapparatet syntes også å ha betydning.

4.4.5 Sosial isolasjon

Afonien påvirket i stor grad evnen til kommunikasjon for alle informantene. For noen var konsekvensen av stemmeløsheten total *isolasjon* og ensomhet eller *tilbaketrekning* fra deler av det sosiale livet; for andre kjedsomhet og frustrasjon fordi de i sosiale sammenhenger ikke fikk gitt uttrykk for hva de mente og ikke kunne jobbe. For en av informantene påvirket stemmetapet evnen til å takle større menneskemengder, og ga en følelse av kaos, mens en annen valgte å stenge deler av det sosiale livet sitt ute og prioritere det nærmeste nettverket.

Informant 1: Jeg ble jo gående hjemme. Jeg møtte jo naboer; jeg bare nikka på hodet. Jeg fikk jo på en måte ikke gitt noe lyd. De stoppa jo opp og prata, men det ble jo sånn at jeg kunne enten nikke eller riste på hodet. Du kan si fritid; da stengte jeg meg ute.

Informant 2: Så jeg var mye alene, og satt der med tankene mine og syntes det var helt forferdelig [skurrete stemme].

Informant 3: Du var forferdelig isolert, og jeg ble veldig usosial. Kunne jo ikke ta en tur ut, gå på kafé. Bare det å gå på kafé klarte jeg ikke. Jeg taklet ikke store menneskemengder. For det var så mye usikkerhet, og det å ikke kunne ta en telefon, ikke ringe.. Veldig isolert. Og jeg var litt nærtagende og satt mye mer hjemme.

Informant 4: For jeg hadde jo så mye jeg skulle ha sagt [ler]. Jeg trodde jo ikke at jeg var så glad i å prate egentlig, men jeg tror kanskje jeg er det likevel [ler]. Det var frustrerende altså. Det var slitsomt, og kjedelig.

Informant 5: Når du sitter der og ikke har noen stemme, så gidder du ikke gå ut og sånn. For du sitter for deg selv for de andre hører ikke. Det er hvis du er i større lokaler. Sånn ellers, når det bare har vært en eller to, så har de hørt hva jeg har sagt.

Videre viser sitatene nedenfor at afonien kan føre til *skamfølelse*, fordi intervjuobjektene ikke kunne finne svar på hvorfor stemmen var borte. De følte at de ble sett ned på, at andre snakket om dem bak deres rygg og de var flau over å ikke være på jobb. For flere opplevdes det som et problem at afoni som sykemeldingsårsak var relativt ukjent for de fleste, og at det var forbundet med skam å gå hjemme uten egentlig å være synlig syk. Det fikk den konsekvensen for enkelte at de holdt seg hjemme og ikke torde å gå ut av frykt for å møte kolleger:

Informant 3: Jeg gikk jo ikke til byen nesten mens jeg var sykemeldt, for jeg var livredd for å treffe folk, og livredd for å treffe dem på jobben. I begynnelsen så var jeg flau fordi jeg ikke var på jobb. Og så kanskje treffe andre, og de så at jeg var ute og egentlig skulle jeg sitte hjemme og ha det vondt. Følte at andre mente det i og med at jeg var sykemeldt.

Informant 1: Naboene begynte jo å snakke om, jøss, hvorfor er hun sykmeldt da? Hun ser jo frisk ut. Svigermor trodde at man spilte på det at man ikke hadde stemme. Når det da gikk over en periode, så skjønnte hun at det er ikke sånn.

Informant 2: Ja, jeg følte det at liksom alle så på meg [tykk stemme], og liksom så rart på meg. Så jeg unner ikke min verste fiende å oppleve det.

Opplevelsene av isolasjon og kommunikasjonsvansker beveger seg som på en skala mellom uttrykkene ”kjedelig” og ”slitsomt” hos informant 4, til ”usosial” og ”forferdelig isolert” hos informant 3. Det handler igjen ikke bare om ”hvordan du har det”, men også om ”hvordan du tar det”.

4.4.6 Familieliv

På grunn av kommunikasjonsvanskene og de følelsesmessige reaksjonene afonien medførte, ga de fleste av informantene uttrykk for at stemmeløsheten hadde påvirket familielivet deres i ulik grad. Det dreide seg om å ikke kunne gi uttrykk for meninger, stadig måtte gjenta for at andre skulle høre, ikke kunne forklare, om frykt hos de pårørende og om kjedsomhet. Det opplevdes kanskje som spesielt vanskelig å ikke kunne kommunisere med, og ikke kunne gi noen forklaring til egne mindreårige barn:

Informant 1: *Hvor da minstemann sier at: "Åh, skal jeg aldri få kjeft mer av mamma?" Det er klart at sånne ting gjør noe med deg.*

I tillegg kunne andres bekymring oppleves som en belastning:

Informant 3: *Jeg har jo skjønt nå i ettertid at de var veldig redde. De hadde trodd at jeg ikke skulle få stemmen igjen. Det var fast telefon fra mamma hver morning; har du fått stemmen igjen? Det var forferdelig, jeg synes det var et grusomt mas.*

For en av informantene spilte mangelen på nære personer og samtalepartnere også en sentral rolle:

Informant 2: *Barna synes jo det var ille. Men du vet de var ikke så gamle akkurat. Så jeg var mye alene, og satt der med tankene mine og syntes det var helt forferdelig.*

Undersøkelser viser at klienter med psykogene symptomer ofte mangler et beskyttende sosialt nettverk (Kinzl, Biebl, & Rauchegger, 1988; Segerstrom & Smith, 2006). I vårt utvalg synes dette å gjelde for en av informantene, som sto alene med ansvaret for 2 barn, og ikke hadde nær familie utover dette. De andre syntes å ha et godt sosialt nettverk bestående av familie, venner og arbeidskolleger.

4.4.7 Konsekvenser for yrkeslivet

Stemmeløsheten hadde i høy grad påvirket yrkeslivet for de fleste av våre informanter. For noen førte det til jobbytte eller endring i type arbeidsoppgaver, for andre til lengre sykemelding og arbeidsløshet. For to av informantene hadde afonien den konsekvensen at de måtte bytte jobb eller få endret arbeidsoppgavene sine.

Informant 1: *Så det var en tung avslutning å si at ja, nå er det slutt, etter 10 år i barnehagen. Jeg sluttet da jeg mistet stemmen. Det var hele og fulle grunnen. Jeg prøvde meg litt etterpå, men jeg kunne bare ikke fortsette. Hadde det ikke vært for det, så hadde jeg fortsatt.. Ja, og det tok meg nesten halvannet år å finne ut av at jeg måtte være på et kontor og det å være innelukka.*

Informant 5: *Når stemmen forsvant, så måtte jeg fortsatt sitte på telefonen. Jeg fikk ikke lov til å gjøre andre oppgaver. Men til slutt så byttet jeg jo fra den ene arbeidsplassen til den andre. Og da kom jeg på bare papirarbeid. Men så etter de 7 årene så måtte alle på telefon, og dermed så ble det jo ikke noe mer jobb på meg.*

Det opplevdes som både dramatisk og slitsomt å ikke kunne fortsette som før, og for informant 1 var det snakk om en stor omstilling i forhold til skifte av arbeidsplass. Det tok tid å innse at dette var nødvendig. Tre av informantene hadde foniske yrker med store krav til og belastninger på stemmen, og derfor store utfordringer i jobbsammenheng da stemmen forsvant.

Informant 3, som jobbet i butikk, uttalte om utsiktene til endring i arbeidsoppgaver:

Og det var snakk om hvordan jeg skulle begynne å jobbe på lageret, og da fikk jeg panikk! Jeg kunne ikke tenke meg det..

De yrkesmessige konsekvensene av afonien spente fra kjedsomhet over ikke å kunne gå på jobb, til økonomiske konsekvenser i form av inntektstap. I tillegg ble dårlig samvittighet over å ikke gå på jobb nevnt. Men også forholdet til kollegaene ble påvirket:

Informant 1: For det jeg var redd for, var jo at de på en måte skulle stenge meg ute fordi jeg ikke var med i samtalene.

Vi fant også et tilfelle av mulig mobbing på jobben som følge av stemmeløsheten, selv om informanten bagatelliserte dette og understreket det gode arbeidsmiljøet på jobben:

Informant 2: Arbeidskollegaer skjønte ikke så veldig mye. Jeg hadde to som virkelig prøvde å skjønne hvordan jeg hadde det. Men resten sa at nå var det greit, for nå skulle de ta meg! [ler] For nå kunne de si akkurat hva de ville og jeg kunne ikke si noe [ler]. Men det var jo ikke vondt ment. Vi hadde et fantastisk arbeidsmiljø der. Men jeg var så langt nede at jeg følte det som helt forferdelig.

Den ”velmente” mobbingen føltes som *helt forferdelig*, selv om den kanskje ikke var vondt ment i utgangspunktet.

De 5 informantene møtte ulik grad av forståelse for stemmevanskene i jobbsammenheng. For informant 5 var det ikke snakk om tilpassing av arbeidsoppgaver i det hele tatt, mens andre igjen møtte stor grad av forståelse:

Informant 3: *Så ringte sjefen til meg og spurte hvordan det gikk. Så sa jeg som det var, at: "Jeg tror kanskje at jeg blir sykemeldt en stund.." "Vet du", sa han, "jeg synes du skal ta litt tid å komme deg på." Og da han sa det så var det som om.. [gir uttrykk for stor lettelse med kroppsspråket sitt]*

Informant 2: *Jeg reiste rett på jobb til han fabrikk sjefen. Fikk snakke med ham og fortalte ham sann som det var. Og så sa han: "Ingen fare, du skal få lønna di her. Og så kan du arbeide når du føler for det." Det var utrolig, men han så vel egentlig hvor langt nede jeg var.*

For informant 4 som var lærer, var det en kjent sak å miste stemmen i perioder. Dette ble sett på som et resultat av store belastninger på stemmen i yrket, selv om det likevel opplevdes som skremmende også for henne at det tok så lang tid før stemmen kom tilbake.

4.4.8 Møtet med behandlingsapparatet

Informantene hadde kommet i kontakt med behandlingsapparatet på ulike måter, og hadde i denne sammenheng opplevd svært ulike møter. Noen hadde oppnådd rask kontakt via bekjenskaper eller tidligere kontakt med forskjellige behandlingsinstanser. Andre måtte vente lenge på hjelp fordi fastlegen ikke hadde nok kunnskap om psykogen afoni, og ikke henviste videre på klientens oppfordring før det var gått en stund. Ventetiden for behandling hos logoped varierte fra noen uker til flere måneder. For noen av informantene var den lange ventetiden på behandling en stor påkjenning.

Informant 1: *Jeg gikk til min fastlege, fikk en sykmelding på 14 dager, for hun sa det er sikkert en halskatarr eller et eller annet. 14 dager gikk og ingen stemme var kommet tilbake. Jeg gikk tilbake til legen, og legen sier at: "Nei, du røyker, så da får vi ikke gjort noe." Så jeg spurte om å få en henvisning til spesialist, og fikk det. "Kanskje vi skal finne en logoped, for det virker som du må ha noe hjelp til å komme i gang igjen?", sa han. Så jeg møtte opp i resepsjonen på Bredtvet, da hadde jeg gått uten stemme i nesten åtte uker, med en gul lapp der det stod: Kan noen hjelpe meg?*

Informant 2 om øre-, nese-, halsspesialist: *Så jeg reiste jo til legen da, men det tok jo sin tid før jeg kom dit Det er jo det som er så tragisk, at du må stå på venteliste. Jeg ventet vel i 3 måneder før jeg kom dit. Og de kunne jo ikke finne noen ting. Så gikk jeg da og ventet lenge på å komme inn på Rikshospitalet.*

Informant 4: *Jeg snakket jo med mange logopeder, da. "Den kommer tilbake, men det kan ta litt tid og sånn". De første kontaktene var jo sånn uformelle, hvor jeg bare tok kontakt med dem jeg kjente. Så ble jeg etter hvert henvist til logoped. Og så ble jeg henvist til øre, nese, hals av min privatlege, og var der og fikk sjekket at det var ikke noe sånt fysisk i halsen i hvert fall.*

Informant 5: *Jeg var hos en logoped her, men hun hadde ikke noen mulighet til å hjelpe meg. Hun kom ingen vei. Det ble ikke noe bedre. I 2002 var det første gang på Bredtvet (av i alt 3 opphold over 4 dager), for da hadde jeg prøvd spesialisten her først. Men han klarte ikke å finne noe ut av det. Legen sa at det er ikke noe de kan gjøre; stemmen kan komme tilbake like fort som den forsvant. Men kommer den tilbake, så kan den forsvinne igjen, og i verste fall så kan den bli borte helt.*

En av våre informanter opplevde å bli trakassert av sin fastlege, som hun mente behandlet henne som en hypokonder:

Informant 2: *Det var jo veldig traumatisk for meg, for jeg reiste til han som var min fastlege da og spurte om han kunne sykmelde meg. Nei, det kunne han ikke. Jeg satt og storgråt, og jeg bare gikk. Etter det så ville jeg ikke ha noe med ham å gjøre. For han var beintøff. Hver gang jeg kom så himlet han med øynene; nå kommer den der hypokonderen igjen! Og jeg fikk jo høre det så mange ganger at det sitter **der** (peker på hodet). Så gikk jeg jo til forskjellige leger; enten var det virus eller så var det... Da jeg begynte å snakke om det her (peker på halsen) så var de like alle sammen; for de har ikke noe kunnskap om det, de visste ikke noe om det.*

I denne forbindelse er det verdt å merke seg den tydelige mangelen på kunnskap om psykogen afoni i førstelinjetjenesten eller hos fastlegen. Rask behandling av fagpersoner som har kunnskap om psykogen afoni ser ut til å være viktig for å unngå konsekvenser som angst, depresjon, dårlig selvfølelse, forverring av vanskene og forlengelse av afonien.

Videre opplevde noen av informantene det som vanskelig at ulike leger og logopeder ga uttrykk for ulik oppfatning i forhold til behandling:

Informant 3: *Da jeg kom til fastlegen så skulle jeg først tie helt stille, jeg skulle ikke bruke stemmen, så kunne jeg bruke den litt og hviske, og så var de usikre igjen, så det var så mye sånn frem og tilbake.*

Informant 4: *Og så fikk jeg taleforbud av ham (legen). Og han henviste meg til logoped. Og da fikk jeg både tale- og hviskeforbud. Så fikk jeg noen*

avslapningsøvelser, tunge- leppeøvelser, men han sa: "ikke blås i flaska, for stemmen kommer". Oj, tenkte jeg, det var da litt rart. Motsatte beskjeder.

Informant 3 og 4 fikk begge motsatte råd i forhold til å kunne hviske eller ikke. Informant 4 hadde fått råd av en bekjent som var logoped om å bruke "fonasjon i rør" som en del av behandlingen, men fikk motsatt beskjed av neste logoped. Det er tydelig at det hersker en del forvirring i forhold til når stemmen bør skånes ved at selv hvisking bør unngås, og når det er "tillatt" med hvisking. Colton, Casper, & Leonard (2006) peker på at bare dersom stemmevansken er forårsaket av en infeksjon, vil fortsatt bruk av stemmen i denne perioden forverre infeksjonen og føre til vedvarende heshet. Det er, så vidt vi kan se, derfor ingen grunn til at klienter med psykogen afoni ikke kan bruke den rest av stemme de har til å for eksempel å hviske.

Opplevelsen av stemmevansken var for alle informantene nært knyttet til deres erfaringer med behandlingsapparatet; fra fastlege, til øre-, nese-, halslege, logoped eller til møtet med andre behandlingsformer. Flere ytret i tillegg et ønske om at vi skulle formidle deres erfaringer på dette området videre, på godt og vondt.

4.4.9 Hvilken behandlig hjelp?

Informantene møtte ulike innfallsvinkler til behandling hos ulike faggrupper, men vi kan likevel se noen fellestrekk i forhold til hvilken behandling som var til hjelp i prosessen med å få tilbake stemmen. De hadde høyst ulike erfaringer med behandlingsapparatet, men alle ga uttrykk for at det var først da de traff logopedene på Bredtvet Kompetansesenter at det skjedde en utvikling. Først da følte de at de traff fagpersoner som hadde kunnskap om psykogen afoni, og de følte seg trygge og fikk nytt håp:

Informant 1: Det å ha den tryggheten ved å vite at de er der. Og selvfølgelig at de på en måte var veldig rolige og forklarte deg hva det var, og at stemmen vil komme igjen. Så det håpet som jeg på en måte hadde mistet, kom tilbake.

Informant 2: Det som har vært best for meg, er det at jeg greide å åpne meg. Det at en blir tatt på alvor, det er veldig viktig. At det ikke bare blir fnyst av. I hvert fall at det blir mer opplysning om at sånn kan skje, og det er ikke noe en

kan rå for. De på Bredtvet vet jo ikke det beste de kan gjøre for deg. Der får du snakke og snakke, eller hviske, gjør vi jo!

Informant 4: Jeg fikk liksom sånn veldig tillit til henne, fordi hun skjønnte. Hun ga seg tid til å høre på meg for det første, hun hørte på det jeg hadde å formidle, hun hadde veldig mye kunnskap selvfølgelig. Men samtidig at hun på en måte brukte en sånn lur vei inn tror jeg, for å bruke det som er der. Jeg merket at hun hadde noen nøkler som jeg kunne prøve å bruke.

Det kommer tydelig fram at det har vært helt sentralt for informantene å møte logopedier som hadde detaljert kunnskap om afoni, og hvor de samtidig følte at de ble tatt på alvor og kunne utvikle et gjensidig tillitsforhold. Det å kartlegge klientenes psykososiale historie kan i denne sammenheng være vesentlig for å komme fram til problemets kjerne. Dette kan motvirke en mulig fortrenkning av de egentlige problemene, noe som kan oppstå ved at klienten forsøker å ty til fysiske årsaksforklaringer (Aronson, 1990b; Baker, 2008).

Flere av våre informanter hadde prøvd annen behandling som fysioterapi, psykolog, healing, akupunktur, kiropraktisk behandling eller psykomotorisk fysioterapi:

Informant 4: Fysioterapeuten sjekket anspenhet og hvordan jeg slappet av i muskler og sånn, og snakket om å være oppmerksom på hvordan jeg pustet i forskjellige situasjoner. Og så var det noe massasje og sånn da. Jeg hadde også prøvd litt sånn alternativ akupunktur.

Informant 3: Jeg har jo gått til fysioterapeut og til psykolog, og alt dette forlangte egentlig leger at jeg gjorde. Jeg var nesten litt sånn fornærmet i begynnelsen, for jeg hadde ikke noe behov for det. Jeg skulle bare få igjen stemmen, og så skulle jeg begynne å jobbe.

For flere av informantene hadde pusteteknikk vært sentralt i behandlingen:

Informant 1: Jeg vil si at det med pusteteknikk, der hvor de på en måte lærte meg å lage lydene, var det som var viktig for meg. Det var det som det ble terpet på hele tiden.

Informant 3: Puste med magen og sånn. Jeg hadde aldri tenkt på det, men jeg hadde visst ikke pustet med magen på lenge, og det kan jeg nok ta meg i enda. Så jeg fikk jo en del øvelser av kiropraktoren som jeg skulle ta.

Når det gjelder pusteteknikk, gikk stemmeøvelsene i undersøkelsen til Andersson og Schalén (1998) ut på tradisjonelle stemmeøvelser som avspenning, pusteøvelser og

for eksempel Accentmetoden, kombinert med riktig holdning og pust. I tillegg responderte mange klienter i undersøkelsen godt på en behandling bestående av øvelser for å trene opp kommunikasjonsferdigheter og interaktive terapeutiske samtaler.

”Fonasjon i rør” ble brukt av alle våre informanter som en del av behandlingen.

Informant 2: Og vi jobbet hardt, og så begynte jeg med det plastrøret. Det er det jeg bruker nå også.

Informant 5: Det som gjorde at jeg fikk lyd, det var vel egentlig den blåsinga som de hadde, blåsinga i vannflaske.

Alle våre informanter hadde gode erfaring med ”fonasjon i rør”, og de ga uttrykk for at det var dette de brukte også i dag når de følte at stemmen var på vei bort igjen.

”Fonasjon i rør” har det siste tiåret kommet sterkt tilbake. Man har her fokus på fonasjon, pust og holdning. (Bøyesen, 2007; Simberg & Laine, 2007).

Informant 4 fortalte dette om behandlingen som fikk stemmen ”på plass” igjen:

Plutselig, så klarte jeg å snakke når jeg hadde det plastrøret i munnen, nedi flasken. Så gikk vi sånn rundt på gulvet og pratet med røret i munnen. Og jeg pratet og pratet, og hun klippet av litt og litt mer, og til slutt så var det en sånn liten stump igjen som jeg hadde i munnviken (viser hvordan det var). Og så til slutt så tok jeg det ut. Da var stemmen der! Hun hadde noen perfekte strategier som jeg tror kanskje andre logopeder kan lære noe av. Jeg var der bare den ene halvannen timen jeg.

Ofte kan afoniklienter brått få tilbake sin normale stemme under behandlingen hos logoped, den ”klikker tilbake” igjen. Dette kan skje ved vanlig logopedisk behandling og stemmeøvelser, eller det kan ha sammenheng med hvordan klienten blir møtt, og med hvordan samtalen og kommunikasjonene foregår mellom behandler og klient. Dette var tilfelle for informant 4 som fikk tilbake stemmen etter en og en halv time hos logopeden på Bredtvet, der ”fonasjon i rør” var sentralt. Hun ga også uttrykk for at hun følte logopeden brukte noen gode strategier som bygde på at hun lyttet konsentrert til det hun som klient fortalte, og tok utgangspunkt i dette i forhold til videre behandling.

Baker (2003) antyder at forklaringen på at stemmen ”klikker tilbake” igjen på et øyeblikk, kan ligge i den spesielle rollen samtalen og samspillet i kommunikasjonen mellom behandler og klient spiller i denne sammenheng. Noen ganger kan de ordene vi bruker åpne ”lukkede dører”, mens de i andre sammenhenger kan få klienten til å trekke seg tilbake i sitt skall, mens de beskytter sin hals og sin sårbarhet.

Tillitsrelasjonen mellom behandler og klient er viktig, og det å få tilbake håpet og troen på at stemmen kommer tilbake. For informantene i vår undersøkelse så det ut til at det som hadde en effekt var en kombinasjon av samtale og måten de følte de ble møtt på, fonasjon i rør og pusteteknikk.

4.4.10 Endringer i stemmekvaliteten

Flere av informantene ga uttrykk for endret stemmekvalitet etter at stemmen kom tilbake, for en kort periode, eller vedvarende endret stemmekvalitet for noen. En av informantene hadde fått diagnosen ventrikulær dysfoni på Bredtvet Kompetansesenter, der det er de falske stemmeleppene som produserer lyden, i motsetning til de ekte stemmeleppene (Aronson, 1990a).

Informant 5: Jeg fikk ikke lov til å gjøre andre oppgaver. Dermed så presset jeg jo frem stemmebåndet så det var vel da ”de falske” ble presset frem, tror jeg.

Jeg har fått mørkere stemme nå. Og ja, den holder ikke sånn som den gjorde. Når du snakker så er det sånn at du må ta mer pauser i mellom for å være sikker på at den holder. Det er vel det som er den største forandringen.

Men også andre bemerket forandringer i stemmekvaliteten, uten at dette hadde blitt diagnostisert som ventrikulær dysfoni.

Informant 1: Den er mye grovere den stemmen jeg har i dag, for jeg føler at da jeg var ung, og barna var små, så hadde jeg på en måte en mye lysere stemme. Og jeg klarer ikke å få noe høyde på stemmen. Så jeg har på en måte fått en annen type stemme.

Informant 2: Men det kom litt og det forsvant, det kom og det forsvant. Og så hadde jeg fryktelig dyp stemme, og den gikk jeg med kjempelenge.

Informant 3: Jeg husker sønnen min så når jeg ringte til ham at: "Er det deg mamma, kan du snakke? Men det er jo ikke deg, - det er ikke din stemme!" Men det var bare kort tid, og så var den akkurat som den skulle.

De som fortalte om endret stemmekvalitet etter afonien, beskrev i hovedsak denne forandringen som dypere, mørkere eller grovere stemme enn de hadde tidligere, og som vansker med å få "høyde" på stemmen. Informant 4 opplevde ingen endring i stemmekvaliteten, og hadde begynt å synge i kor igjen da stemmen kom tilbake. Riktignok sang hun nå alt mot tidligere sopran. Dette kan ha sammenheng med endringer som følge av afonien, men det kan også være aldersbetingede endringer. Stemmen blir mørkere med alderen. Stemmebåndene påvirkes av både hormonelle og aldersmessige faktorer (Martin & Darnley, 2004).

5. Oppsummering

5.1 Utløsende og opprettholdende faktorer ved psykogen afoni

Oppgavens tittel ”Å miste munn og mæle” assosieres gjerne med plutselig å bli målløs, og et element av overraskelse er samtidig implisert. Det har blitt klart for oss at selv om vedvarende psykogen afoni oppstår plutselig og uventet, er det like klart at den bare tilsynelatende er et fenomen som oppstår av uforklarlige grunner. Gjennom arbeidet med denne intervjuundersøkelsen har vi fått forståelsen av at selv om afonien i noen tilfeller kan oppstå gjennom et sjokk, er det som oftest mange og langvarige belastninger som skal til for å utløse en plutselig stemmeløshet. Dette kan være perioder eller situasjoner i den enkeltes liv som rett og slett kan være så overveldende og utfordrende at det ville kreves ”overmenneskelige” ressurser for å mestre dem. Slike omstendigheter kan forekomme når flere utfordringer opptrer parallelt, og det kan synes som om det er en *oppnopning* av vanskelige forhold.

Fire av våre informanter har opplevd svært krevende omsorgsoppgaver i forhold til nære familiemedlemmer. Fellestrekkene er at det her dreier seg om store og langvarige belastninger man bare måtte ”stå i”. Det er sannsynlig at disse situasjonene har medført en sterk følelse av maktesløshet. Den type livshendelsene eller kriser som forekom hos våre informanter var; ulykker og alvorlig sykdom, dødsfall, oppsigelse, skilsmisse, rettssaker og andre langvarige belastninger.

Flere faktorer ser ut til å spille en rolle i forhold til hva som kan utløse og opprettholde afonien. Mye tyder på at flere av våre informanter i utgangspunktet har hatt en spesifikk organsårbarhet. *Alle* oppga å ha stadig tilbakevendende halsinfeksjoner, som hos fire av dem tidligere hadde ført til at de mistet stemmen opp til ca. en uke. Perioder med afoni eller dysfoni så ut til å være et tilbakevendende problem, som oftest utløst av halsbetennelse eller luftveisinfeksjon. Alle informantene hadde allergi, og to hadde astma. Kanskje det også er mulig å se disse sykdommene som en indikator på at luftveier og åndedrett generelt kan se ut til å

være et svakt punkt? Informantene oppga at den *langvarige* afonien *ikke* hadde blitt utløst av en forutgående halsinfeksjon. Det er derfor, etter vår vurdering, mye som peker i retning av en typisk konversjonsreaksjon.

Bare en av informantene hadde høyere utdanning. Flere beskrev opplevelsen av stress i yrkessammenheng, og tre hadde det man kan betegne som foniske yrker. Det er også mulig å tenke seg at kombinasjonen av lav utdanningsbakgrunn, stress og en jobb med lav yrkesstatus, er faktorer som kan føre til manglende selvtillit. Dårlig selvfølelse og problemer med å hevde egne interesser i en konflikt, var også noe de fleste informantene beskrev. *Alle* informantene beskrev vansker med å vise sinne, eller overhodet å føle seg sint. Disse faktorene er beskrevet som sentrale utløsende og opprettholdende faktorer for psykogen afoni i de forskningsrapportene vi legger til grunn for denne undersøkelsen.

Flere har opplevd ”å svelge gråten” eller ”å dytte bort” de angstfremkallende tankene og følelsene i tidligere belastende perioder i livet, eller i forbindelse med utløsning av afonien. Det kan synes som om det å skulle være tøff, og det å komme seg raskt videre har vært uheldige strategier for disse kvinnene, fordi dette innebærer at de har undertrykket sterke følelser. Dette er noe de selv tydelig har reflektert over i ettertid. Mye kan tyde på at flere av våre informanter har presset seg selv svært langt, og at dette kan betegnes som et trekk eller en egenskap ved personligheten. Dette kan bunne i et ønske om ikke å vise svakheter, i pliktfølelse eller i et ønske om å være tapper.

5.2 Konsekvenser av afonien

Det er verdt å merke seg at de samme faktorene som kan ha utløst afonien, også kan ha opprettholdt den og ført til en del negative konsekvenser i informantenes liv. I noen tilfeller kan dette også ha ført til at afonien kommer tilbake. Dårlig selvfølelse og problemer i forhold til selvhevdelse kan sees både som årsak til afonien, og som en konsekvens av å være stemmeløs. Det å *være* stemmeløs påvirket selvfølelsen til flere av våre informanter. I tillegg førte afonien til angst, skam, utmattelse, isolasjon

og frustrasjon. Det er spesielt uforutsigbarheten og mangelen på forklaringer som synes å ha betydning for de følelsesmessige reaksjonene. Afonien påvirket i stor grad evnen til kommunikasjon for alle informantene. For noen var konsekvensen av stemmeløsheten total *isolasjon* og ensomhet eller *tilbaketrekning* fra deler av det sosiale livet; for andre kjedsomhet og frustrasjon.

På grunn av kommunikasjonsvanskene og de følelsesmessige reaksjonene afonien medførte, ga de fleste av informantene uttrykk for at stemmeløsheten hadde påvirket familielivet deres i ulik grad. Stemmeløsheten hadde i høy grad også påvirket yrkeslivet for de fleste, noe som for flere førte til jobbytte, endring i type arbeidsoppgaver, lengre sykemelding eller arbeidsløshet.

Som *langvarige* konsekvenser av afonien og hendelser som utløste den, blir konsentrasjonsvansker, depresjon, søvnvansker, oppgitthet og utmattelse beskrevet av informantene. Dette har ført til dårligere livskvalitet på mange områder både mens stemmen var borte og etter at stemmen kom tilbake.

5.3 Implikasjoner for behandling av psykogen afoni

Informantene knyttet angst til det å ikke finne årsaker og ikke skjønne hvorfor stemmen forsvant, det å ikke få behandling raskt og dermed ikke få hjelp til å finne mulige årsaker til afonien. Opplevelsen av stemmevansken var for alle nært knyttet til deres erfaringer med behandlingsapparatet. I den forbindelse er det verdt å merke seg en tydelig mangel på kunnskap om psykogen afoni i førstelinjetjenesten eller hos fastlegen.. *Rask* behandling av fagpersoner som har kunnskap om psykogen afoni ser ut til å være viktig for å unngå konsekvenser som angst, depresjon, dårlig selvfølelse, forverring av vanskene og forlengelse av afonien. Flere ytret i tillegg et ønske om at vi skulle formidle deres erfaringer på dette området videre. Kombinasjonen av samtale og måten de følte de ble møtt på av logopeden, fonasjon i rør og pusteteknikk var den type behandling som syntes å hjelpe dem med å få tilbake stemmen. Det kom tydelig fram at det har vært helt sentralt for informantene å møte logopeder som hadde detaljert kunnskap om afoni, og hvor de samtidig følte at de ble tatt på alvor og

kunne utvikle et gjensidig tillitsforhold. Gjennom et slikt forhold kunne de få tilbake håpet og troen på at stemmen kom tilbake.

5.4 Implikasjoner for videre forskning

Til tross for stort sammenfall med tidligere funn fra forskning på området funksjonelle/ psykogene stemmevansker, var det likevel noen ”nye” områder som kom fram gjennom vår intervjuundersøkelse:

Nesten alle våre informanter nevnte at de hadde vært helt utslitte fysisk og psykisk på det tidspunktet de mistet stemmen. Dette var for flere av dem sammenfallende med *ekstrem søvnmangel over lengre tid*. De av informantene beskrev på andre måter den *totale utmattelsen* de opplevde enten rett før eller like etter de mistet stemmen. Vi mener at dette kan føyes til som en mulig utløsende årsak for psykogen afoni, sannsynligvis i kombinasjon med andre faktorer. Det kunne også vært interessant å undersøke om disse forholdene for eksempel har innvirkning på varigheten av afonien eller på muligheten for behandling.

Tre av våre informanter hadde skiftet dialekt i løpet av livet; to av dem i 10-årsalderen. Det er ikke mulig å konkludere med at det er en klar sammenheng mellom dialektbytte og stemmevanskene til disse informantene, og det at hele tre av fem hadde byttet dialekt kan være en tilfeldighet. Likevel er det, som tidligere nevnt, mulig å tenke seg at den økte usikkerheten ved å snakke en dialekt som ikke er den opprinnelige og ”egentlige”, kan føre til negativ påvirkning av et allerede svakt punkt. Det har av tidsmessige årsaker ikke vært mulig for oss å undersøke om det kan være en sammenheng mellom dialektbytte og stemmevansker.

Mye tyder, som nevnt, på at det er en sammenheng mellom hormonelle forandringer i overgangsalderen og psykogen afoni, og dette kan muligens være en indikator på at stemmen er et slags svakt punkt i denne perioden av en kvinnes liv. En av informantene, som bare var 41 år da hun ble afonisk, fortalte om hvordan afonien kom samtidig med at hun fikk følgende symptomer på overgangsalder:

Menstruasjonen opphørte, hun fikk hetetokter og ”følte seg helt i ubalanse”. Dette varte i 3 måneder; nøyaktig så lenge som afonien varte. En uke etter at stemmen var kommet tilbake, fikk hun tilbake menstruasjonen også. Dette mener vi kan tolkes som at det var en sammenheng mellom hormonelle faktorer og afonien, selv om dette blir en ”motsatt” årsakssammenheng; afonien fører til hormonelle endringer. Det hadde vært interessant å forske videre på denne sammenhengen. Selv om dette bare var ett enkelt tilfelle, mener vi det kan sees som en illustrasjon på hvordan ubalanse ett sted i kroppen kan føre til andre typer reaksjoner, og på hvor tett kropp og sjel egentlig henger sammen.

5.5 Styrker og svakheter ved undersøkelsen

Psykogen afoni er et smalt felt, og dette er en liten undersøkelse. Det har vært lite tidlige forskning på feltet i Norge. Selv om dette bare er en liten undersøkelse i internasjonal sammenheng, mener vi det er spennende å se at det er et så stort sammenfall mellom de undersøkelsene vi viser til og resultatene våre. En slik bekreftelse kan også være av betydning. Resultatene fra denne undersøkelsen kan kanskje være til hjelp for logopeder i Norge, ettersom vi har fått inntrykk av at psykogen afoni er et område mange logopeder føler seg usikre på. Vi håper at dette kan bidra til mer kunnskap på feltet, og til anerkjennelse overfor pasienter med denne diagnosen for det ”korset” de bærer.

Kildeliste

- Andersson, K., & Schalén, L. (1998). Etiology and treatment of psychogenic voice disorder: Results of a follow-up study of thirty patients. *Journal of Voice*, Vol. 12, No. 1, 96-106.
- Arnetz, B. (1995). Stressreaktioner i informationssamhället: Fysiologiska och psykosociala aspekter. I Sivik, T., & Theorell, T. (red), *Psykosomatisk medicin*. (s. 81-98). Sverige: Studentlitteratur.
- Aronson, A.E. (1990a). *Clinical voice disorders*. Third edition, New York: Thieme Medical Publishers.
- Aronson, A.E. (1990b). Importance of the psychosocial interview in the diagnosis and treatment of "functional" voice disorders. *Journal of voice*, Vol. 4, No. 4, New York: Raven Press, 287-289.
- Baker, J. (1998). Psychogenic Dysphonia: Unpeeling the Layers. *Journal of Voice*, Vol. 12, No. 4, 527-535.
- Baker, J. (2003). Psychogenic voice disorders and traumatic stress experience: A discussion paper with two case reports. *Journal of Voice*, Vol. 17, No. 3, 308-318.
- Baker, J. (2008). The role of psychogenic and psychosocial factors in the development of functional voice disorders. *International Journal of Speech-Language pathology*. 10:4, 210-230.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode- med etikk og statistikk*. 2. utgave, Valdres: Det Norske Samlaget.
- Behrendt, S., & Hess, M.M. (2004). Psychotherapeutische Weiterbetreuung stimmgestörter Patienten. *HNO*, 7/ 52, 2004, Springer-Verlag, 642-647.
- Boone, D.R., & McFarlane, S.C. (1994). *The voice and voice therapy*. Fifth edition, New Jersey, USA: Prentice Hall.
- Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C., & Hurry, J. (1985). The list of threatening

-
- experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological medicine*, 15/ 1985, 189-194.
- Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi. En innføring for helse- og sosialarbeidere*. 2. utg., Oslo: Universitetsforlaget.
- Butcher, P. (1995). Psychological processes in psychogenic voice disorder. *Journal of Language & Communication Disorders*, 30:4, 467-474.
- Butcher, P., Elias, A., & Raven, R. (1993). *Psychogenic voice disorders & Cognitive Behaviour Therapy*. London: Whurr Publishers Ltd..
- Butcher, P., Elias, A., Raven, R., Yeatman, J., & Littlejohns, D. (1987). Psychogenic voice disorders unresponsive to speech therapy: Psychological characteristics and cognitive- behaviour therapy. *British Journal of Disorders of Communications* No. 22, 81-92.
- Bøyesen, B. (2007). Fonasjon i rør- Klangfarge- Stemmearbeid. *Norsk Tidsskrift for Logopedi*, 4/ 2007, 18.
- Case, J.L. (1991). *Clinical Management of Voice Disorders*. Second edition, Texas, USA: Pro-ed.
- Cochrane, R., & Robertson, A. (1973). The life events inventory: a measure of the relative severity of psycho-social stressors. *Journal of Psychosomatic research*, Vol. 17, Pergamon Press, 135-139.
- Colton, R.H., Casper, J.K., & Leonard, R. (2006). *Understanding voice problems- A physiological perspective for diagnosis and treatment*. Third edition, Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research*. Third edition, USA: Sage Publications.
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry & Research design. Choosing among five Approaches*. USA: Sage Publications.
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. 3. Utgave, Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

- De Gucht, V.M.J. (2001). *Neuroticism, Alexithymia, Negative Affect, and Positive Affect as Predictors of Medically Unexplained Symptoms in Primary Care*. The Netherlands: PrintPartners Ipskamp.
- Elias, A., Raven, R., Butcher, P., & Littlejohns, D., (1989). Speech therapy for psychogenic voice disorder: a survey of current practice and training. *British Journal of Disorders of Communication*. 24, 61-76.
- Fay, B. (2007). *Contemporary philosophy of social science*. USA: Blackwell Publishing.
- Freidl, W., Friedrich, G., & Egger, J. (1990). Persönlichkeit und Stressbearbeitung bei Patienten mit funktioneller Dysphonie. *Folia Phoniatica*, 42, 144-149.
- Freidl, W., Friedrich, G., Egger, J., & Fitzek, T. (1993). Zur Psychogenese funktioneller Dysphonien, *Folia Phoniatica*, 45, 10-13.
- Gadamer, H.G. (1992). *Truth and Method*. New York: Crossroad.
- Gall, M.D., Gall, J.P., & Borg, W.R. (1996). *Educational research. An introduction*. 6th. Edition, USA: Longman Publishing Group.
- Gerritsma, E.J. (1991). An investigation into some personality characteristics of patients with psychogenic aphonia and dysphonia. *Folia phoniatica*, vol 43, 1, 13-20.
- Greene, M.C.L., & Mathieson, L. (1991). *The voice and its disorders*. 5th ed., London and New Jersey: Whurr Publishers
- Günther, V., Mayr-Grafl, A., Miller, C., & Kinzl, H. (1996). A comparative study of Psychological aspects of recurring and non-recurring functional aphonias. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. No. 253, Springer Verlag, 240-244.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1996). *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hesse-Biber, S.N., & Leavy, P. (2006). *The practice of qualitative research*. (s. 73-108). USA: Sage Publications.
- Holter, H. (2007). Fra kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning. I Holter, H &

-
- Kalleberg, R (red), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. (s. 9-25). 2. utgave, Oslo: Universitetsforlagets Metodebibliotek.
- House, A., & Andrews, H.B. (1987). The psychiatric and social characteristics of patients with functional dysphonia. *Journal of Psychosomatic research*, Vol. 31, No. 4, Pergamon Journals Ltd., 483-490.
- House, A., & Andrews, H.B. (1988). Life events and difficulties preceding the onset of functional dysphonia. *Journal of Psychosomatic research*, Vol. 32, No. 3, Pergamon Press, 311-319.
- Kalleberg, R. (2007). Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog. I Holter, H., & Kalleberg, R. (red), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. (s. 26-72). 2. Utgave, Oslo: Universitetsforlagets Metodebibliotek.
- Karlsen, T. (2009). *Stemmevansker*. Hentet 15. mars 2009, fra www.logopeden.no/undersider/fag_stemme.asp
- Kinzl, J. (1991). Funktionelle Aphonie- Psychosomatische Aspekte. I Gundermann, H. (red.), *Die Krankheit der Stimme- die Stimme der Krankheit*. Stuttgart: Gustav Fisher Verlag.
- Kinzl, J., Biebl, W., & Rauchegger, H. (1988). Functional aphonia: Psychosomatic aspects of diagnosis and therapy. *Folia Phoniatica*, 40, 131-137.
- Kirk, J., & Miller, M.L. (1986). *Reliability and validity in qualitative research*. Volume 1, USA: Sage Publications.
- Krischke, S., Weigelt, S., Hoppe, U., Köllner, V., Klotz, M., Eysholdt, U., & Rosanowski, F. (2005). *Journal of voice*, Vol. 19, No. 1, 132-137.
- Kruuse, E. (2007). *Kvalitative forskningsmetoder- i psykologi og beslægtede fag*. 6.utg., Danmark: Psykologisk forlag A/S.
- Kvale, S. (2008). *Det kvalitative forskningsintervju*. 1. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Larsson, S. (2005). Om kvalitet i kvalitative studier. *Nordisk Pedagogik*, Nr. 01, 2005, 16-33.
- Leiulfstrud, H., & Hvinden, B. (2007). Analyse av kvalitative data: Fiksérbilde eller puslespill?. I Holter, H. & Kalleberg, R. (red), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. (s. 220-239). 2. utgave, Oslo: Universitetsforlagets Metodebibliotek.
- Martin, S., & Darnley, L. (2004). *The teaching voice*, Second edition, England: Whurr Publishers Ltd..
- Mathison, S. (1988). Why triangulate. *Educational Researcher*, American Educational research Association, 13-17.
- Maxwell, J.A. (1992). Understanding and validity in qualitative research. *Harvard Educational Review*, 32 (3), Harvard Graduate School of Education, 279-300.
- Mirdal, G.M. (1990). *Psykosomatikk: Sårbarhed, stress og sygdom*. København: Munksgaard.
- Nelson, R., Bless, D.M., & Heisey, D. (2000). Personality and Voice Disorders: A Multitrait-Multidisorder Analysis. *Journal of Voice*, Vol.14, 4, 521-548.
- NESH (red.) (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og Humaniora*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Rosen, D.C., Heuer, R.J., Levy, S.H., & Sataloff, R.T. (2003). Psychologic aspects of voice disorders. I Rubin, J.S., Sataloff, R.T., & Korovin, G.S., *Diagnosis and treatment of voice disorder*. (s. 479-506). 2nd Edition, USA: Thomson-Delmar Learning.
- Schofield, J.W. (1990). Increasing the generalizability of qualitative research. I Eisner, E.W., & Peshkin, A. (red), *Qualitative inquiry in education. The continuing debate*. (s.201-232). Columbia University: Teachers College.
- Scott, S., Deary, I.J., Mackenzie, K., & Wilson, J.A. (1997). Functional dysphonia: A role for psychologists? *Psychology, Health & Medicine*, 2:2. London:

Routledge, 169-180.

- Segerstrom, S.C., & Smith, T.W. (2006). Physiological Pathways from personality to health: The Cardiovascular and Immune systems. I Vollrath, M.E. (red.), *Handbook of personality and health*. (s. 175-194). England: John Wiley & Sons Ltd..
- Selye, H. (1978). *The stress of life*. Revised ed., USA : McGraw-Hill Book Co.
- Selye, H. (1980). The stress concept today. I Kutash, I.L., & Schlesinger, L.B. (red), *Handbook on stress and anxiety*. (s. 127-144). San Francisco: Jossey-Bass.
- Seifert, E., & Kollbrunner, J. (2005). Stress and distress in non-organic voice disorders. *Swiss med. WKLY*, 135/ 2005, 387-397.
- Semmer, N.K. (2006). Personality, Stress, and coping. I Vollrath, M.E. (red.), *Handbook of personality and health*. (s. 73-113). England: John Wiley & Sons Ltd..
- Simberg, S., & Laine, A. (2007). The resonance tube method in voice therapy: Description and practical implications. *Logopedics Phoniatics Vocology*. 32:4, 165-170.
- Skard, R. (1993), *Stemmen – sjelens ekko*, 2.utg, Statens spesiallærerhøgskole, Oslo.
- Strauss, A.L., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. Second edition, USA: Sage Publications.
- Williams, P.G. (2006). Personality and illness behaviour. I Vollrath, M.E. (red.), *Handbook of personality and health*. (s. 157-173). England: John Wiley & Sons Ltd..
- Wormnæs, O. (2008). Om forståelse, tolkning og hermeneutikk. I *Blandingskompendium 8111, sped4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk*. (s. 1-18). Oslo: Det utdanningsvitenskapelige fakultet, ISP, UiO.
- Ödman, P.-J. (2007). *Tolkning, förståelse, vetande: Hermeneutik i teori och praktikk*. 2. uppl., Stockholm: Norstedts Akademiske förlag.
- Østergaard, G. (1994). *Den forsvundne stemme- en beskrivelse og analyse af psykogen afoni*. Speciale i audiologopedi, København: Københavns Universitet.

Vedlegg 1: Godkjenning NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Anne-Lise Rygvold
Institutt for spesialpedagogikk
Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 21.01.2009

Vår ref: 20837 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.12.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20837	<i>Å miste munn og mæle. Opplevelser med det å miste stemmen og det å være stemmeløs.</i>
	<i>Intervju med fem personer med afoni</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Anne-Lise Rygvold
Student	Toril Olset

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

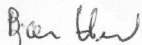
Personvernombudets tilrådning forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

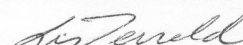
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år 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/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 29.05.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Toril Olset, Åslandkroken 26, 1274 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svanva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

20837

Det vises til telefonsamtale med student Toril Olset 20.01.2009 angående prosjektet og innholdet i informasjonsskrivet. Det ble her avtalt at det i informasjonsskrivet skulle tilføyes en setning om at innsamlede opplysninger fra studentprosjektet vil bli anonymisert og lydbåndopptakene makulert senest ved utgangen av mai 2009.

Personvernombudet ber om at endelig revidert skriv ettersendes før det tas kontakt med utvalget.

Det samles inn og registreres sensitive personopplysninger, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Universitetet i Oslo sine rutiner for datasikkerhet.

Innsamlede opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest ved utgangen av mai 2009. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger.

Under nevnte forutsetninger finner personvernombudet opplegget for gjennomføringen av prosjektet tilfredsstillende, og finner at behandlingen av personopplysninger kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 første ledd (samtykke) og 9 a.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv/ samtykkeerklæring informanter

Oslo, 23.01.09

Xx

”Å miste munn og mæle”- en masterundersøkelse om opplevelser med det å miste stemmen og med å være stemmeløs.

Vi er to logopedstudenter ved institutt for spesialpedagogikk ved universitetet i Oslo.

Marianne Merker; førskolelærer med videreutdanning i pedagogisk arbeid på småskoletrinnet og mange års praksis med pedagogisk arbeid.

Toril H. Olset; allmenlærer med spesialpedagogisk videreutdanning og mange års praksis med pedagogisk arbeid.

I forbindelse med vår masteroppgave skal vi gjennomføre intervju med fem personer som har vært stemmeløse. Vi har valgt å konsentrere oss om vedvarende afoni eller stemmeløshet, og har fokus på følelser og opplevelser ved det å bli og være stemmeløs. Hovedproblemstillingen vår er; *Hvilke opplevelser og erfaringer har mennesker med afoni i forhold til det å miste stemmen?* Aktuelle temaer er hvordan det oppleves å bli stemmeløs og hvilke forhold som kan ha vært utløsende/ opprettholdende faktorer.

Formålet med undersøkelsen er å oppnå en bredere forståelse av afoni, gjennom å beskrive erfaringene til mennesker som har opplevd å miste stemmen. Resultatet vil kanskje få konsekvenser for vektlegging innenfor rådgivning, behandling og tilrettelegging.

Undersøkelsen er underlagt taushetsplikt, og alle deltakere vil være anonyme. Vi vil ikke bruke personopplysninger ved formidling av resultater, og vi vil sørge for at alle opplysninger som kommer frem blir behandlet fortrolig. Innsamlede opplysninger vil bli anonymisert. Alle sitater brukt i fremstillingen vil anonymiseres. Vi vil benytte

lydopptak under intervjuene for å sikre mest mulig nøyaktighet og autensitet av intervjudataene. Disse vil i etterkant bli transkribert. Lydopptakene og transkriberingene vil bli slettet senest ved utgangen av mai 2009. Det er bare prosjektansvarlige som har tilgang til intervjudata. Du står fritt til å delta i undersøkelsen og har mulighet til å trekke deg fra prosjektet når som helst underveis uten at det får noen konsekvenser. Prosjektet avsluttes 29.05.09.

Intervjuene vil bli gjennomført i begynnelsen av februar, og vi vil ta kontakt med deg i slutten av januar for å avtale tid og sted (vi har allerede inngått avtale med noen av dere). Vi reiser gjerne hjem til deg, eller vi kan gjøre avtale om å gjennomføre intervjuet på Bredtvet kompetansesenter i Oslo, hvis det er ønskelig.

I intervjusituasjonen vil vi begge være til stede, der Marianne leder intervjuet og Toril er observatør og ansvarlig for lydopptak. Intervjuet vil vare ca. en til en og en halv time.

Vi ber deg tenke gjennom oppgavens problemstilling i forkant av intervjuet. Vedlagt følger en samtykkeerklæring, som vi ber deg underskrive og sende til oss så snart som mulig i løpet av uke 5.

På forhånd tusen takk for at du på forespørsel fra stemmeteamet ved Bredtvet Kompetansesenter har sagt deg villig til å delta!

Vennlig hilsen

Toril H. Olset

Marianne Merker

Åslandkroken 26, 1274 Oslo

Ravnkroken 36e, 1254 Oslo

Tlf: 22620720, 91160386

Tlf: 22613907, 99274960

Veileder og ansvarlig for prosjektet; Anne-Lise Rygvold, Institutt for spesialpedagogikk, UiO

SAMTYKKEERKLÆRING

Ja, jeg ønsker å delta som informant på masteroppgaven til Marianne Merker og Toril Olset om opplevelser og erfaringer med det å bli og være stemmeløs.

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og blitt kjent med prosjektets formål og gjennomføring. Prosjektet er meldt til Personvernombudet ved NSD (norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste), og godkjent 21.01.09. Jeg samtykker med dette i å stille opp til intervju, og at opptak og intervjuer kan anvendes og gjengis anonymt i oppgaven for så å bli slettet innen utgangen av mai 2009. Jeg står fritt til å delta i undersøkelsen, og har mulighet til å trekke meg fra prosjektet når som helst underveis uten at det får noen konsekvenser.

.....

(sted/dato)

.....

(signatur)

Svar kan sendes i vedlagt konvolutt til:

Toril H. Olset

Åslandkroken 26

1274 Oslo

Vedlegg 3: Intervjuguide

BAKGRUNNSINFORMASJON

1. Har du fått nok informasjon gjennom informasjonsskrivet, eller er det noe du lurer på før vi begynner selve intervjuet?
2. Personalia; Alder, kjønn, familiesituasjon, utdanning, jobb, sosiale aktiviteter. Helsetilstand / evt. kroniske sykdommer. Røyking? Født/ oppvokst/ nåværende bosted (dialektbytte?).
3. Kan du fortelle litt om afonien din? Om når stemmevanskene begynte, varighet, tilbakevending? Halsbetennelse?
4. Hvordan vil du beskrive din egen stemme?

DA STEMMEN FORSVANT / UTLØSENDE FAKTORER

5. Mange som mister stemmen beskriver perioden forut for når dette skjedde som fylt av store påkjenninger på et eller annet vis. Kan du beskrive situasjonen på det tidspunktet da du mistet stemmen?
6. Kan du beskrive noen tanker eller følelser du hadde da du mistet stemmen?
7. Kan du huske hvordan det kjentes i halsen eller området rundt halsen da stemmen forsvant? (Evt. muskelspenninger eller smerter i munn/ kjeve/ nakke / hals/ rygg/ skuldre/ mageparti, osv.)
8. Har du noen tanker om hva som eventuelt kan ha vært viktigste utløsende årsak(er)/ faktor(er)?
9. **Evt.:** Er det forhold ved arbeidssituasjonen din som kan belaste stemmen?
10. Kjenner du andre mennesker som har erfaring med det å miste stemmen? I tilfelle ja; har du diskutert det å være stemmeløs eller årsaker til det å bli stemmeløs med dem?

11. Vi har tenkt å kalle oppgaven vår: ”Å miste munn og mæle”. Hvilke assosiasjoner får du til dette uttrykket?

OPPLEVELSER OG ERFARINGER MED Å VÆRE STEMMELØS

12. Hvordan ville du beskrive de mest fremtredende tanker og følelser du har hatt mens stemmen har vært borte?
13. Hvilke tanker har du gjort deg om hvorfor det har tatt så lang tid før stemmen kom tilbake? (Evt. ”uten at stemmen har kommet tilbake?”)
14. Hva tror du er den viktigste grunnen til at den kom tilbake?
15. **Evt.** Har du gjort deg noen tanker om hvorfor dette ser ut til å være et tilbakevendende problem for deg?
16. Hvilke sider ved behandlingen du har fått av logoped eller andre fagpersoner har hatt best virkning for deg? (Hvilket fokus hadde logopeden / legen? Hvilke spørsmål ble stilt?)
17. Hvordan har afonien virket inn på ulike livsarenaer? (Familieliv, sosialt liv, jobb, fritidsaktiviteter)

STEMMEN,- ”SJELENS EKKO”?

18. Noen hevder at ”stemmen er sjelens ekko” eller ”følelsenes barometer”. Hvordan stemmer dette med dine erfaringer?
19. Hvordan ville du beskrevet deg selv som person til en som ikke kjenner deg fra før?
20. Kan du beskrive hvordan du vanligvis reagerer i stressende og belastende situasjoner?

21. Hva gjør du for å takle en vanskelig situasjon hvor du føler deg nervøs eller sint?
22. Har du noe mer du føler du vil nevne før vi avslutter intervjuet?

AVSLUTNING

23. Hvordan har dette intervjuet vært for deg?
24. Var det greit at vi var to?

(Observere under intervjuet: Holdning, pust, stemmekvalitet, munnmotorikk, fremtoning/ personlighet, reaksjoner på spørsmål, tonefall, ordvalg, kroppsspråk, osv.)

Vedlegg 4: Eksempel på skjema for koding og tolkning

Kjernekategori; Bakgrunn

Beskrivelser, fortolkning og teori; skjema for å gjøre koding og tolkning lettere

<i>Underkategorier</i>	Experience near= Faktiske opplysninger, informantenes egne <u>utsagn</u> (memos på eget ark)	Experience distant= Vår <u>egen fortolkning</u>	Teorier= Kategoriens <u>teoritilknytning</u> , forskning
<i>Alder og kjønn</i>			
<i>Helse</i>			
<i>Utdanning og yrke</i>			
<i>Familie og omsorgsoppgaver</i>			
<i>Dialektbytte</i>			