

# Individualterapeuters forståelse og behandling av psykose: En kvalitativ studie

Ragna Erdal-Aase & Maria Due-Tønnessen

Levert som hovedoppgave  
ved psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen  
og  
ved psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Høsten 2007

### Forord

Først og fremst ønsker vi å takke våre informanter for deres kunnskapsrike og verdifulle bidrag. Takk for stor velvilje og positivitet! Som blivende psykologer ble vi spesielt glade for, og kanskje litt overrasket over, den tydelige entusiasmen informantene viste for sitt arbeid. Den kan illustreres med en kort ordveksling fra slutten av et intervju:

Intervjuer: ”Kan du si noe kort om hvordan du synes det er å jobbe med denne gruppen?”

Informant: ”Jeg elsker det!”.

Vi vil også takke Sissel Reichelt for kyndig og sikker veiledning. Takk også til våre tålmodige foreldre, og til Nina for godt rettelarbeid. Og sist, men ikke minst vil vi takke oss selv og hverandre for en kjempeinnsats, og for å ha hatt tro på at vi kunne klare dette.

”Madness is when other people choose to stop trying to understand you” (Fra Laurance, 2003 referert i Aanonsen, 2007, p. 521).

### Sammendrag

Forfattere: Maria Due-Tønnessen og Ragna Erdal-Aase

Tittel: Individualterapeuters forståelse og behandling av pasienter med psykose: en kvalitativ studie.

Veileder: Sissel Reichelt

Problemstillingen for oppgaven er å belyse hvordan psykoterapeuter i Norge i dag forstår psykose, og hvordan de behandler pasienter med psykose individualterapeutisk. Arbeidet er et selvstendig forskningsprosjekt, og dataene er samlet inn på egenhånd. Det er en uforskende kvalitativ studie bygd på semi-strukturerte intervjuer med 12 terapeuter som har betydelig erfaring fra individualterapi med pasienter med psykose. Intervjuene har blitt analysert med utgangspunkt i hermeneutisk-fenomenologiske metoder med noen elementer fra Consensual Qualitative Research (QCR). Resultatene viser stor bredde både i terapeutenes forståelse og behandling av denne gruppen. Felles for informantene er at de ser psykose som å kunne beskrives ut fra normalpsykologiske prosesser, men at de ikke oppfatter psykose som et enhetlig fenomen. I behandlingen vektlegger de intervensjoner som retter seg mot pasienten som person, og de bruker i mindre grad spesifikke teknikker rettet mot de psykotiske symptomene. Resultatene blir sett i sammenheng med teoretiske tilnærminger, og framtidige utfordringer for feltet blir skissert.

### Abstract

This is a qualitative study based on interviews with 12 psychotherapists, that each have significant experience of individual psychotherapy with patients with psychosis. The aim of the study is to examine how psychosis is understood and how patients with psychosis are currently treated by therapists in Norway. The interviews were analysed using hermeneutic-phenomenological methods with elements from Consensual Qualitative Research. The results show a broad range both in the therapists' understanding and treatment of their patients. The therapists see psychosis as being characterised by normal psychological processes, but they do not regard psychosis as a unitary phenomenon. Regarding treatment, they emphasise interventions that focus on the patient as a person, and to a lesser extent, specific techniques directed at the psychotic symptoms. The results will be discussed in relation to theoretical perspectives, and future challenges will be considered.

## Innhold

1.0 Innledning.....	7
1.1 Begrepsavklaringer.....	8
1.2 Sykdomsmodellen.....	9
1.3 Sentrale psykologiske teorier.....	10
1.3.1 Tidlige psykodynamiske tilnærminger.....	11
1.3.2 Interpersonlige tilnærminger.....	12
1.3.3 Kognitiv atferdstilnærming.....	13
1.4 Offentlige retningslinjer.....	14
1.4.1 Evidensbasert behandling.....	14
1.5 Problemstilling.....	15
2.0 Metode.....	16
2.1 Utvalg.....	16
2.2 Instrument.....	16
2.3 Prosedyre.....	17
2.4 Bakgrunn for valg av metode.....	18
2.5 Analyse.....	19
2.6 Fremstilling av resultater.....	21
3.0 Resultat.....	22
3.1 Hvordan terapeutene forstår psykose.....	22
3.1.1 Fellestrekk i informantenes forståelse.....	22
3.1.1.1 Psykose som realitetsbrist.....	22
3.1.1.2 Psykose som sviktende evne til å regulere emosjoner.....	23
3.1.1.3 Psykose som normalpsykologisk prosess.....	23
3.1.1.4 Personfokus.....	24
3.1.1.5 Vansker med relasjon.....	24
3.1.2 Psykose -en uløst gåte.....	25
3.1.2.1 Kategorisering av pasienter med psykose.....	26
3.1.2.2 Prognose for pasienter med psykose.....	28
3.2 Forholdet mellom teori og praksis.....	29
3.3 Individualterapi ved psykose.....	31
3.3.1 Utvidet terapibegrep.....	31
3.3.2 Tilpasset behandling.....	31
3.3.3 Fokus på relasjon.....	32

3.3.4 Individualterapi som miljø.....	33
3.3.5 Styrkende terapi.....	34
3.3.6 Arbeid med affekt.....	35
3.3.7 Meningsskaping i terapien.....	35
3.3.8 Hvordan møte det psykotiske innholdet.....	36
3.3.8.1 Bevege det psykotiske innholdet.....	36
3.3.8.2 Endre forholdet til psykosen.....	37
3.3.9 Egenskaper hos terapeuten.....	38
3.4 Individualterapiens plass.....	39
3.4.1 Forholdet til biologisk behandling.....	39
4.0 Diskusjon.....	41
4.1 Fellestrekk i informantenes forståelse.....	41
4.2 Variasjon i informantenes forståelse.....	41
4.3 Relasjon som det viktigste i individualterapeutisk behandling.....	43
4.4 Behandlingselementer med fokus på person.....	44
4.5 Bruk av teknikker rettet mot de psykotiske symptomene.....	45
4.6 Menneskelighet.....	45
4.7 Bruk av ulike teoretiske tilnærminger.....	46
4.8 Integrering av evidensforskning.....	46
4.9 Metodologiske betraktninger.....	48
4.10 Konklusjon og fremtidige utfordringer.....	49
Referanser.....	51
Appendiks	

## 1.0 Innledning

Psykoser er den viktigste gruppen av de alvorlige psykiske lidelsene (Malt, Rettersdøl, & Dahl, 2003). De er blant de diagnosene som fører med seg mest personlig lidelse til dem det rammer og deres pårørende, og også antakelig den gruppen pasienter som koster samfunnet mest (Rund, 2006). Det er enighet om at god behandling av pasienter med psykose er viktig, men hva som er god behandling har vært og er omdiskutert (Karon & VandenBos, 1981).

Individualterapi er en relativt ny behandlingsform ved psykose. Den kan riktignok lene seg på psykologisk teori fra vel hundre år tilbake i tid, og behandlingspraksiser fra enda lenger tilbake, men i Norge var ikke individualterapi for pasienter med psykose et tilbud før på 1960 – tallet (Rund, 2006). Siden den tid har imidlertid Norge vært et av de landene der denne behandlingstradisjonen har stått forholdsvis sterkt (Rund, 2006). En kan spørre seg om hvorfor individualterapi som behandlingsform kom så mye senere ved psykoser enn ved andre typer psykiske lidelser. Det kan ha vært noe med psykosefenomenets natur som har gjort at pasienter med psykose har blitt opplevd av omgivelsene som vanskelig tilgjengelig slik Stolorow, Atwood and Orange (2002) uttrykker det: *“An aura of impenetrability has always surrounded the psychosis which have seemed far removed from ordinary experience and therefore extremely difficult or even impossible to reach empathically”* (s.143). Mennesker med psykose har en spesiell plass i menneskets og behandlingsapparatets historie. Det er kanskje ingen fenomener som har forundret og utfordret teoretikere og klinikere i den grad psykoser har gjort det (Karon & VandenBos, 1981; Møller, 2005). Psykose har blitt forstått som alt fra besettelse av demoner, forbannelse fra gudene, til hjem søkte familier eller hjerneorganisk degenerasjon (Karon & VandenBos, 1981). Et fellestrekk for flere av disse forståelsesmåtene er at mennesker med psykose blir beskrevet som noe fremmed og nærmest ikke-menneskelig. En annen forklaring på individualterapiens tidligere svake posisjon i psykosebehandlingen kan tilskrives en biologisk diskurs innflytelse (Rund, 2006). Riktignok står psykoselidelsene i diagnoseprotokollene under psykiske lidelser, men biologiske årsakshypoteser og forståelsesmåter har vært, og er fremtredende (Karon & VandenBos, 1981; Sundet, 2006). Den biologiske modellen kan ha reflektert et ønske om også i psykologien å finne objektive årsaksforklaringer og utviklingsprosesser på lidelser. En tredje årsak kan være at historiens mest innflytelsesrike psykoterapeut, Sigmund Freud, utelukket pasienter med psykose som mulig å behandle i psykoanalyse (Freud, 1957).

På psykosefeltet i dag er det større grunner til optimisme for individualterapeutisk behandling. Relativ ny utfallsforskning kan ha ført med seg mer optimisme for behandlere på feltet ved å vise at prognosene for schizofreni er langt bedre enn det psykiatrien tradisjonelt sett har hevdet (Davidson, Harding, & Spaniol, 2005). Samtidig forskning har også vist at individualterapi kan ha effekt ved psykose, (Friis & Larsen, 2002; Hogarty et al., 1997; Karon & VandenBos, 1981). Helsedirektoratets kliniske retningslinjer for behandling ved schizofreni anbefaler individualterapi som et av behandlingstilbudene til denne pasientgruppen, sammen med medisiner og psykososiale tiltak (Hansen, 2000).

Psykoseterapien som har vært drevet i Norge har i hovedsak vært psykodynamisk inspirert (Rund, 2006). De siste ti årene har det imidlertid kommet en del nye føringer på feltet, og flere sentrale forskere hevder at vi går mot et paradigmeskifte (Bentall, 2007; Hagen, Berge, & Gråwe, 2007). Det går ut over rammene til denne oppgaven å avgjøre om disse nye føringene kvalifiserer til et paradigmeskifte, men det de beskriver er en ny tilnærming som flytter fokus i forståelse og behandling til hvert enkelt symptom og pasientens subjektive opplevelser av disse. Intervensjonene som er utviklet i forbindelse med denne forståelsen er en tilpasset form for kognitiv atferdsterapi. Denne nye tilnærmingen har fått forskningsmessig støtte ved å ha vist effekt i evidensstudier (Dickerson, 2000).

### 1.1 Begrepsavklaringer

I *The Statistic Diagnostic Manual of Mental Disorders 4th edition* (DSM-IV) brukes psykosebegrepet som en samlebetegnelse for diagnoser som omfatter symptomer hvor realitetsbrist er et sentralt trekk, og hvor dette påvirker personens evne til å fungere (American Psychiatric Association, 2000).

I *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (ICD10) brukes ikke lenger psykose som overordnet kategori, men begrepet indikerer tilstedeværelse av deskriptive symptomer som tankeforstyrrelser (hallusinasjoner, vrangforestillinger), eller atferdsavvik (kraftig eksaltasjon og overaktivitet, tydelig psykomotorisk retardasjon og kataton atferd) (Statens Helsetilsyn, 1999).

I diagnosesystemene blir patologi definert ut fra tilstedeværelsen av et bestemt antall spesifikke symptomer. Diagnosene er bygd på en ide om at symptomer opptrer i befolkningen etter bestemte mønstre og kombinasjoner. Diagnoser er bygd på konsensus, og er kun gyldige i den grad de er nyttige for praksis. Diagnosesystemene sier ikke noe om hva psykose som fenomen er, og heller ikke noe om årsaker, utvikling, prognose eller behandling. Begrepene psykose og schizofreni blir brukt om hverandre i litteraturen. Når vi har valgt å anvende psykosebegrepet i denne oppgaven er det ut fra en antakelse om at det er mer åpent enn



schizofrenibetegnelsen, i den forstand at det gir informantene mulighet til å forholde seg mer fritt til eventuelle grupperinger av pasienter de ser i sin praksis. Psykosebegrepet er også mer forenelig med de nyere tilnærmingene på feltet, som fokuserer på enkeltsymptomer og subjektivt opplevde plager. Vi har imidlertid valgt å også referere til teori og forskning som kun omtaler schizofreni, da det er denne spesifikke diagnosen det er skrevet mest om, og den inkluderer mange av pasientene med psykose. Vi går ikke videre inn i en diskusjon av psykosebegrepet her, da det interessante i denne oppgaven er hvordan informantene selv forholder seg til det og gir det mening.

### 1.2 Sykdomsmodellen

Klinikeren i psykosefeltet har et stort og motsetningsfylt landskap av teori og forskning å forholde seg til. Vi vil her gi en kort beskrivelse av noe teori, forskning og praksis som vi tenker er betydningsfullt for feltet dag.

En biologisk forklaringsmodell for psykose eller schizofreni har hatt stor innflytelse gjennom hele psykiatriens historie, og er fortsatt i stor grad tilstedeværende i debatten rundt forståelse av psykose (Binder, 2004; Karon & VandenBos, 1981; Sundet, 2006). Kraepelin var den første til å kategorisere en gruppe pasienter med psykose i det som ganske uforandret er blitt dagens schizofrenidiagnose. Han gjorde dette på bakgrunn av en antakelse om at det var snakk om et syndrom med hjernebiologisk (senere metabolisk) årsak og degenerativt forløp (Karon & VandenBos, 1981). Med dette la han føringer for tre forhold ved schizofreni som har vært retningsgivende for hans ettertid. Kraepelin la slik grunnlaget for en syndromtankegang rundt schizofrenilidelsen, og befestet ideen om denne som biologisk fundert og at det er en kronisk lidelse. Biologiske behandlingsmetoder har da også vært dominerende, og i perioder enerådende. Tidlige biologiske behandlingsmetoder har inkludert insulinkoma, elektroshokk og lobotomi, for å nevne noen (Rund, 2006).

Flere har påpekt sykdomsmodellens uheldige påvirkning på forståelse av psykose- eller schizofrenilidelsene, og følgende for behandling av pasientene (Alanen, 1994; Brudal, 1999). En biologisk forankret sykdomsmodell på psykose kan implisere et kvalitativt skille mellom psykotiske og ikke-psykotiske; mellom "oss" og "dem". Marø og Nøtnæs (2006) argumenterer for at en slik "oss og dem" tenkning har vært tilstede i ulike psykoterapeutiske tilnærminger. I en slik fremmedgjøring av pasienten vil terapeuten vanskelig kunne møte ham som et medmenneske (Laing, 1972). Den biologiske modellen kan slik virke hemmende på en terapeutisk utvikling ved å bringe med seg en følelse av avmakt hos både pasient og terapeut. Axelsen (1997) peker på at når en forstår psykiske problemer som sykdom, blir personens ressurser, styrke og evne til utvikling for lite vektlagt. Håp om bedring er funnet å være en

viktig faktor for bedring i terapi (Saggese, 2005). Ivaretagelsen av en slik optimisme blir vanskeliggjort av en tradisjonell biologisk fundert tankegang om schizofreni som en kronisk og degenerativ lidelse.

Introduksjonen av en stress-sårbarhet-modell for årsaksforståelse av psykiske lidelser har i så måte vært et viktig bidrag, da den tillater en samtidig eksistens og gjensidig påvirkning mellom biologiske og psykososiale faktorer (Kingdon & Turkington, 2005). Behandlingen av psykose i dag reflekterer også en slik ”midt i mellom”-posisjon, hvor både psykologiske og biologiske behandlingsmetoder blir ansett som viktige. Selv om bruk av psykofarmaka er den vanligste formen for behandling ved psykose (Hansen, 2000), er en kombinasjon av slik medisiner og psykososiale intervensjoner den behandlingen som er funnet å gi best effekt (Friis & Larsen, 2002). Det er imidlertid gode grunner til å tenke seg at utførelse av individualterapi ved psykose i dag fortsatt må forholde seg til og sees i sammenheng med den biologiske tradisjonen.

### 1.3 Sentrale psykologiske teorier

Det eksisterte tidlig et alternativ til biologiske behandlingsmetoder for pasienter med psykose. Karon & Vandenbos (1981) kaller ”moral treatment” som finnes beskrevet fra 1830, starten på den moderne psykiatri og behandling av psykiske lidelser. Denne tilnærmingen bygde på noen enkle prinsipper; 1) å eliminere dårlig behandling, 2) hvis du ikke kan hjelpe pasienten, gjør ikke noe som kan skade ham, og 3) du må gjøre det du kan for å forstå pasienten som et individ og menneske. En versjon av denne behandlingen var å trene pasienten til deltakelse i teselskap. Karon og Vandenbos (1981) forklarer virkningsmekanismene i en slik intervensjon med at hver pasient fikk individuell oppmerksomhet, hadde en situasjon å se fram til, samt mål som skulle oppnås. Det er like sannsynlig å tenke seg at slike teselskap for pasienten innebar en trening for, og inkludering i, en strukturert sosial situasjon, og slik ga pasienten mulighet for sosial mestring. En annen intervensjon var å la pasientene arbeide på sykehusets bondegård. Det kan her tenkes at den effektive komponenten i behandlingen bygger på at pasientenes verdi som mennesker ble bekreftet gjennom viktigheten av utførelsen av deres praktiske arbeid. En kan si at grunntanken i ”moral treatment” var å *behandle* de mentalt syke som mennesker. Anekdotisk vises det til slående resultater fra denne behandlingen. Den sympatiske ”moral treatment” gikk imidlertid tapt i påfølgende samtids forsøk på å vitenskapeliggjøre psykiatrien (Karon & VandenBos, 1981).

### 1.3.1 Tidlige psykodynamiske tilnærminger

På tross av at Freud utelukket pasienter med psykose fra individualterapeutisk behandling, har han vært svært viktig for forståelsen av psykose som fenomen. På lik linje med andre psykiske lidelser så han på utviklingen av psykose som en løsning på konflikten som oppstod i individet når de libidiøse kreftene ble konfrontert med realiteten i omgivelsene (Freud, 1986). Freud omdefinerte slik psykose fra å være en obskur forstyrrelse til å ha utgangspunkt i allmennmenneskelige prosesser (Hingley, 2006). Ved å inkludere mennesker med psykose i det menneskelige felleskap som noen det er mulig å forstå, stod han for psykodynamiske tilnærmings kanskje viktigste bidrag. Gjennom å vise at en kan lytte til den gale, og ikke til galskapen som symptom gjorde han den psykotiske pasient til et subjekt (Foucault, 1999). Hingley (2006) uttrykker viktigheten dette har for psykoterapi: "Hearing the person within can be one of the most important achievements for any therapist hoping to ease some of the suffering and isolation behind psychosis." (s. 200) Freud brakte også inn i feltet tema som fremdeles står sentralt i forståelse og behandling av pasienter med psykose.

Psykodynamiske tilnærminger har knyttet psykose til et svakt fungerende selv (Hingley, 2006). Det ene aspektet ved dette er knyttet til egos fungering. Freud forklarte psykose ved at individet valgte ids fungering framfor egos (Freud, 1986). Dette innebar tilbaketrekning av libido fra omgivelsene, og regresjon til et tidligere stadium hvor barnet er i narsissistisk isolasjon. Ved å knytte psykosen til bruk av primitive forsvarsmekanismer, satt Freud psykose i sammenheng med ego-fungering. (Freud, 1957). Det kan være to grunner til at ego ikke klarer å beskytte mot indre konflikt; enten fordi de ubevisste kreftene er for sterke, eller fordi ego ikke er tilstrekkelig utviklet (Hingley, 2006). Senere psykodynamiske teoretikere, som Jung (1960) og Klein (1986), har vektlagt affektens betydning for utvikling av psykose; sterke og u håndterbare følelser som ikke kan integreres som en del av selvet. Gjennom å se på psykose som et resultat av dårlig egofungering, kunne tidlige psykodynamiske teorier også forklare individets tilbaketrekning fra omgivelsene og relasjonene. Ifølge Freud ble libido ikke lenger investert i omgivelsene, og relasjonene mistet sin korrigerende funksjon. Psykotiske pasienter ble derfor ikke ansett som tilgjengelige for psykoanalyse (Freud, 1957).

Freuds bidrag til individualterapi ved psykose er paradoksalt i den forstand at han på den ene siden, ved å betegne psykoanalyse som et ikke sterkt nok instrument til å bryte gjennom disse pasientenes forsvar, kan ha bidratt til en behandlingspessimisme. Samtidig har hans forståelse av at psykose har utgangspunkt i allmennmenneskelig fungering bidratt til å fremme utviklingen av individualterapien som behandlingsform for denne pasientgruppen.

I videreføringen av Freuds ideer har innflytelsesrike tilnærminger inkludert pasienter med psykose ikke bare i teorier om menneskelig fungering, men også i målgruppen for psykologisk behandling, og brutt med Freuds ide om at pasienter med psykose ikke evnet å danne relasjoner.

### 1.3.2 Interpersonlige tilnærminger

Der Freud dannet utgangspunktet for å forstå pasienter med psykose som mennesker, var det Sullivans interpersonlige teori, videreutviklet av Stolorow og Atwood, som for alvor inkluderte dem i det menneskelige fellesskap, og ga dem en plass i den terapeutiske relasjonen (Nøtnæs & Marø, 2006). I Interpersonlig teori sees mennesket som sosialt konstruert, og kjernen eksisterer ikke som hos Freud atskilt fra den ytre verden og andre mennesker. Der Freud så intrapsyriske konflikter som årsak til psykose, så Sullivan psykose som et fenomen som oppstår i det interpersonlige rommet mellom mennesker (sullivan, the modified psychoanalytic treatment of schizophrenia). I samspill med ulik grad av validerende omgivelser utvikler vi ulik sårbarhet i forhold til å ha en følelse av et stabilt selv, og en opplevelse av gyldighet i egne erfaringer. Ved at noe interpersonlig går galt, eller ved store emosjonelle påkjenninger, kan disse senere forrykkes (Karon & VandenBos, 1981; Nøtnæs & Marø, 2006).

Interpersonlig teori brøt med det Kartianske skillet mellom subjektets verden (res cognitias) og den objektive fysiske verden (res extensa), og banet vei for en interpersonlig forståelse av psykose, hvor de knyttet opplevelse av verden, og slik "realiteten" sammen med opplevelsen av selv (Stolorow et al., 2002). Det sentrale i psykosen ble sett som å være en psykologisk katastrofe som rammer selvet og gir en erfaring av tilintetgjørelse ved at erfaringsstrukturene svikter eller bryter sammen (Stolorow et al., 2002). Da opplevelsen av selv og opplevelsen av verden er sammenbundet og konstituert av hverandre, er de dermed likt truet ved psykose. Når meningsstrukturene i personens opplevelse truer med å bryte sammen, prøver personen i et forsøk på å bevare sitt forhold til verden å forsterke realiteten i sine opplevelser ved å konkretisere dem gjennom psykotiske symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner (Stolorow et al., 2002).

I likhet med Freud så også Sullivan psykose som regresjon til et tidligere utviklingsstadium. Sullivan vektla imidlertid i større grad det fenomenologiske aspektet ved regresjonen. Han sammenliknet de psykotiske opplevelsene med det preverbale spedbarnets fragmenterte opplevelser og upredikerbare og ukontrollerbare følelser av angst (Karon & VandenBos, 1981).

Med utgangspunkt i en relasjonell forståelse av psykose kan interpersonlig teori i større grad beskrive hvordan terapi og terapeutiske prosesser kunne gi bedring hos pasienten, og hva som var terapeutens rolle i dette. I denne teoretiske retningen ble relasjoner gjort til det vesentlige både for utviklingen av psykose og veien til bedring. Terapi bestod i å gjenskape en viktig dyp relasjon for å kunne gjenopprette tidlige skader. Det vesentlige var etableringen av et terapeutisk bånd som muliggjorde revalidering av personens erfaringsverden, og slik konsolidere realiteten og gjenopprette integritet i selvet. De viktige elementene i terapi ble stabil tilstedeværelse, forståelse av pasientens subjektive erfaringsverden, og empatisk dekoding av pasientens uttrykk. Interpersonlige teorier bidro til å i enda større grad enn tidligere tilnærminger flytte fokus i retning av personen, heller enn symptomene eller lidelsen. Empati og en personlig relasjon med terapeuten ble vektlagt som det helbredende i psykoterapi (Stolorow, Bradchaft, & Atwood, 1987).

#### 1.3.4 Kognitiv-atferdstilnærming

Kognitive teorier flytter fokuset vekk fra at pasienten har en lidelse, eller at symptomene er resultat av en underliggende problematikk, til et fokus på symptomene pasienten har, da definert som det pasienten selv opplever som plagsomt (Peters, 2007). Dette innebærer et økt fokus på *personens egen opplevelse* av hvert enkelt psykotiske symptom. Den kognitive tilnærming er i tråd med nåtidens generelle vektlegging av det subjektive i hvordan en person har det. Der det tidligere ble lagt vekt på objektive symptomer for å vurdere en persons helse, har trenden nå gått mot å se på helseplager som noe subjektivt. En skiller nå mellom "disease" og "illness" som to ulike aspekt ved psykisk så vel som somatisk lidelse. Disse er to dimensjoner som ikke kan sies å fungere uavhengig av hverandre, men som heller ikke nødvendigvis innebærer full korrelasjon (Lærum, 2005) Inkluderingen av subjektivitet gjør at det blir mindre sentralt å definere patologi og viktigere å lytte til pasientens opplevelse, og pasientens stemme blir slik en viktig veiviser i behandlingen.

Kognitiv atferdsterapi tar i tråd med dette sikte på å endre personens forhold til sine plagsomme symptomer. Dette bygger på en antakelse om at det ikke er en hendelse i seg selv som er avgjørende for hvorvidt noe er et problem, men hvordan individet forstår den (P. Chadwick, Barnbrook, & Newman-Taylor, 2007). Ved psykose oppstår det feiltolkninger, være seg at sannsynligheten for fare eller negative sider av en begivenhet overvurderes (Dudley et al., 2007). Slike tolkninger vil være ubehagelige for personen, og kognitiv atferdsterapi fokuserer på å endre dem til noe som er mindre plagsomt å leve med (P. Chadwick et al., 2007). På denne måten forsvinner ikke nødvendigvis symptomet, men pasienten vil ha det bedre med symptomet. Det at kognitiv teori er lite opptatt av å fjerne

symptomer, men heller mestre dem, bringer med seg et fokus på ressurser og mestringspotensiale hos pasientene, og en utforsking og styrking av disse.

To av intervensjonene som har til hensikt å redusere negativ opplevelse (eksempelvis redsel) for symptomene er psykoedukasjon og normalisering (Dudley et al., 2007). Et viktig aspekt ved disse intervensjonene er også at de kommuniserer til pasienten at det de opplever kan forstås, og at de ikke er annerledes enn andre mennesker. Det er sannsynlig å tenke seg at slike intervensjoner også har blitt brukt i tidligere terapitilnærminger, men kognitiv teori har begrepsfestet dem.

#### 1.4 Offentlige retningslinjer

På feltet i Norge i dag finnes det relativt klare retningslinjer for individualterapeutisk behandling av pasienter med psykose. I 2000 kom Statens Helsetilsyn med en behandlingsveileder for schizofreni, og denne er fortsatt gjeldende. Bygd på det begrensede utvalget som finnes av evidensbaserte behandlinger, samt klinikerkonsensus, gir behandlingsveilederen direksjoner for individualterapeutisk behandling av schizofreni. Spesifikke målsetninger og konkrete strategier for å nå målene blir trukket frem som fellestrekk ved terapiformer som er evidensbaserte. Realitetsorienterte tilnærminger anbefales fremfor innsiktsorienterte, og det advares mot intense utforskende teknikker i en akutfase av alvorlig psykose. Det anbefales med bred klinikerkonsensus at pasientene skal ha en stabil og langvarig relasjon til primærbehandler. Regelmessige ego-styrkende støttesamtaler, og kognitiv atferdsterapi som tillegg til antipsykotisk medikasjon blir også anbefalt (Hansen, 2000). Hogartys "Personal Therapy" blir trukket frem som eksempel på en evidensbasert terapiform. Dette er en relativt strukturert terapiform med tre graderte behandlingsfaser, som skal tilpasses den enkelte pasients tilstand og utvikling. Viktige elementer i denne terapien er å bevisstgjøre pasientene sin egen sårbarhet i forhold til emosjonsutløsende situasjoner, og å lære dem å mestre emosjonell dysregulering. Det vektlegges at schizofreni har en nevrobiologisk komponent, og individualterapien fokuserer også på å bedre pasientens forhold til medisiner. Det drives også trening på sosiale ferdigheter, blant annet ved rollespill (Hogarty et al., 1995). Behandlingsveilederen anbefaler en fasespesifikk og individuelt tilpasset behandlingsmodell, som er underbygget i nordiske studier, der individualterapi og andre behandlingsformer supplerer hverandre (Alanen, 1994).

##### 1.4.1 Evidensbasert behandling

Det har siden psykologifagets begynnelse vært et ønske om å kunne definere psykologi som et vitenskapelig domene (American Psychological Association statement, 2005). At også behandling skal være evidensbasert blir stadig et sterkere krav i Norge, både i

fysisk og psykisk helsevern. Evidensbasert psykoterapeutiskbehandling blir av American Psychological Association definert slik:

*“Evidence-based practice in psychology is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences”* (s. 5).

“Best available research” refererer her til vitenskapelige funn relatert til intervensjoner, utredning, kliniske problemer og pasientpopulasjoner fra laboratorie- og naturalistiske settinger, samt til klinisk relevante funn fra grunnforskning i psykologi og relaterte fag. Videre bør slik forskning være basert på systematiske gjennomganger, rimelige effektstørrelser, statistisk og klinisk signifikans, og bør kunne støttes av annen tilgjengelig forskning (American Psychological Association statement, 2005).

Idealet om evidensbasert behandling er bygd på ideer om hva som er gyldig kunnskap. Kunnskap en har kommet fram til på den overnevnte måten, ansees som retningsgivende. Den behandlingsformen på psykosefeltet som viser best resultater fra evidensforskning i dag er kognitiv atferdsterapi (se foreksempel Lecomte & Leclerc, 2007; Steffensen, 2007). Det er imidlertid ikke gjort mange studier på andre terapiformer i forhold til denne pasientgruppen (Farhall & Cotton, 2002).

Ifølge definisjonen av evidensbasert behandling avhenger slik god behandling av tre forhold; evidensforskning, klinisk ekspertise og pasientens karakteristikk. Definisjonen inneholder imidlertid ingen vurdering av den relative viktigheten til hver av disse tre komponentene. Reed (2006) argumenterer for at den kliniske ekspertisen har en like betydningsfull plass i evidensbasert behandling som det at behandlingsmetodene er bygget på evidensforskning. Klinisk ekspertise kan bli definert som: *“the ability to use clinical skills and past experience to rapidly identify each patient’s unique health state and diagnosis, individual risks and benefits of potential interventions, and personal values and expectations”* (Sackett, Straus & Richardson sitert i Reed, 2006, p. 13).

Klinikerne som arbeider individualterapeutisk med pasienter med psykose blir på grunnlag av evidensforskningen presentert for relativt sterke føringer på hvordan de skal behandle sine pasienter. Det finnes imidlertid få studier som ser på hva som faktisk gjøres på feltet, og hvorvidt de nye tilnærmingene er integrert i praksis.

### 1.6 Problemstilling:

Studiens problemstilling er å utforske hvordan terapeuter i Norge i dag forstår psykose, og hvordan de behandler pasienter med psykose individualterapeutisk.

## 2.0 Metode

### 2.1 Utvalg

Utvalget består av 12 terapeuter; en psykiater og 11 psykologer. Seks er kvinner og seks er menn. Informantene ble rekruttert etter en kartlegging av fagpersoner som jobber individualterapeutisk med pasienter med psykose innen psykisk helsevern. Av praktiske grunner ble utvalget begrenset til terapeuter som arbeider i Bergen- og Osloområdet. Utvalgsriteriene var at terapeutene skulle ha betydelig erfaring med individualterapeutisk behandling av pasienter med psykose, og at de på nåværende tidspunkt hadde det som en vesentlig del av sitt arbeid. Teoretisk tilhørighet ble ikke tatt i betraktning, fordi vi ønsket et bredt og sammensatt utvalg. Noen informanter ble rekruttert gjennom arbeidsplassen ved at vi kontaktet sentrale instanser eller organisasjoner på feltet og ble henvist til aktuelle terapeuter. Andre informanter ble kontaktet etter anbefaling fra fagpersoner på feltet. Listene over informanter vi kom fram til gjennom de to framgangsmåtene var i stor grad overlappende. I alt ble 17 terapeuter kontaktet. To av disse lot seg ikke intervju av praktiske grunner (permisjon og flytting), og tre svarte ikke på henvendelsen. Terapeutenes erfaringsmengde med individualterapi med pasienter med psykoseproblematikk varierer mellom fire og 31 år, med gjennomsnittserfaring på 15,5 år. Samlet har terapeutene erfaring fra ulike akuttavdelinger, korttids- og langtidssengeposter, habiliteringsklinikker samt privatpraksis. Syv av terapeutene har arbeidet ved flere ulike instanser, mens de resterende har sin erfaring med denne pasientgruppen fra en enkelt instans. Fem av terapeutene har gjennomført etterutdanning ved Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP). Samlet sett dekker informantenes erfaringsgrunnlag et stort spekter av pasienter med psykose med variasjon over alder, funksjonsnivå, symptomutforming og symptomutvikling. Det har ikke blitt funnet systematisk mønster av variasjon over terapeutene av betydning for resultatene.

### 2.2 Instrument

Data er samlet inn gjennom individuelle semi-strukturerte intervju med de aktuelle terapeutene. Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en intervjuguide (appendiks 1). Denne ble utarbeidet av forfatterne i konsultasjon med tre psykologer med god kjennskap til psykosebehandlingsfeltet. Intervjuguiden bestod av et innledende spørsmål om terapeutens erfaringsgrunnlag med pasienter med psykose, for så å dreie seg rundt fire hovedtemaer; 1) hvordan terapeuten forstår psykose, 2) hvordan terapeuten behandler psykose individualterapeutisk, 3) hva terapeuten tenker kan oppnås for pasienter med psykose gjennom individualterapi, og 4) hvordan terapeuten opplever arbeidet med psykotiske



pasienter. Under hvert av hovedtemaene fulgte mulige utdypings- eller oppfølgingsspørsmål. Vi så det som viktig at terapeutene skulle få snakke fritt rundt de fire hovedtemaene, for å fange opp best mulig hva terapeutene selv la vekt på. Terapeutene var forberedt på hovedtemaene gjennom informasjonsskrivet de mottok før intervjuet, for å øke muligheten for gjennomtenkte svar. Intervjuguiden ble vurdert og noe modifisert etter hvert som intervjuene ble gjennomført. Dette ble gjort ut fra antakelsen om kvalitativ forskning som et dynamisk utforskende prosjekt hvor målet er å åpne for ny kunnskap. Etter hvert som forskeren innhenter informasjon og får økende kunnskap om feltet, vil hun oppdage nye og kanskje uventede temaer hun ønsker å forfølge videre (Fog, 1994; Malterud, 2003).

### 2.3 Prosedyre

Da studien innhenter informasjon fra terapeuter, og slik indirekte kan røpe pasientinformasjon, ble REK kontaktet tidlig i prosessen. Vi fikk imidlertid beskjed om at studien ikke var søknadspliktig til REK. Prosjektet er godkjent av Norsk Datatilsyn (NSD). Informantene ble kontaktet på ulike måter. De fleste ble kontaktet direkte enten på telefon eller via e-post. De av informantene som ikke hadde svart etter to utsendelser, ble kontaktet på telefon. Samtlige av sistnevnte hadde ikke mottatt e-posten, og denne ble derfor sendt på nytt. To terapeuter ble forespurt personlig. Samtlige terapeuter ble sendt et informasjonsskriv med forespørsel om deltakelse (appendiks 2). Etter at positivt svar på deltakelse var mottatt, ble samtykkeskjema undertegnet i forkant av intervjuet. Intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidssted med unntak av to, som av praktiske årsaker ble gjennomført hjemme hos terapeutene. Samtlige intervjuer ble gjennomført med to intervjuere (forfatterne). Intervjuene var i utgangspunktet fastsatt til å skulle vare en time, men i de tilfellene hvor informanten ønsket det ble de forlenget med en halv time.

Det er valgt en fenomenologisk tilnærming til data hvor det søkes å få tak i informantens subjektive opplevelse av fenomener (Georgio, 1985; Kvale, 1994; Malterud, 2003). Intervjuene utspant seg som en samtale med utgangspunkt i de fire hovedtemaene, men hvor intervjuernes rolle ble forsøkt minimalisert. Etter at hovedtemaene ble introdusert av intervjuerne, fikk terapeutene fordype seg i egne refleksjoner rundt disse. Intervjuernes deltakelse i samtalen ble begrenset til å stille utdypende spørsmål eller kommentarer dersom det ble vurdert til å frambringe ytterligere informasjon, eller for å kontrollere om vi hadde forstått informantens mening. Allikevel kommer vi ikke utenom at mening blir forhandlet fram i en sosial kontekst (Smith, 2003), og at datainnsamling er en felleskonstruksjon mellom informant og intervjuer. Derfor er det allerede i intervjuprosessen naturlig å tenke at

intervjuerne har stor innvirkning på hva som kommer fram av informasjon. Betydningen vår deltakelse kan ha hatt for resultatene av studien, vil bli diskutert senere i oppgaven.

Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av digitalt opptaksutstyr, og overført som lydfiler til pc. Intervjuene ble transkribert fortløpende etter hvert som de var gjennomført. I denne prosessen ble det forsøkt å komme så nært det auditive uttrykket som mulig. Støtteord som ”eh...” eller ”på en måte” ble inkludert i teksten. Det samme ble tonefall eller ladningsuttrykk som latter, der dette ble vurdert å ha betydning for utsagnets mening. Av etiske grunner ble det imidlertid gjort et unntak fra denne direkte transkripsjonen. Der hvor terapeuten nevnte eget navn, andre personopplysninger eller opplysninger som kunne føre til lettere gjenkjenning av pasient, ble disse anonymisert. Eksempel på slike opplysninger er terapeutens navn, terapeutens arbeidsplass, stedsnavn knyttet til terapeut eller pasient, spesielle karakteristikk ved pasienthistorier, som innhold i vrangforestillinger eller spesielle familieforhold. De transkriberte intervjuene danner grunnlaget for analysen.

#### 2.4 Bakgrunn for valg av metode

En hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming til analyse av data ble vurdert å være mest hensiktsmessig ut fra studiens problemstilling. Den fenomenologiske tilnærmingen ivaretar vårt ønske om å komme så nært som mulig fenomenet som skal utforskes og beskrives (Kvale, 1994), nemlig terapeutenes forståelse og individualterapeutiske arbeid med pasienter med psykose. Videre kan all forskning sies å i prinsippet være hermeneutisk ettersom den alltid vil innebære fortolkning av tekst. Kvale (1994) påpeker at hermeneutikk er dobbel relevant i intervjuforskning ”for det første fordi den belyser den dialog, der produserer de interviewtekster, der skal fortolkes, og dernæst fordi den afklarar den etterfølgende fortolkning av de produserte interviewtekster, der igjen kan oppfattes som en dialog eller samtale med teksten” (s. 56).

I valget av fenomenologisk tilnærming, ble andre tilnærminger utelukket. Da studien tar sikte på å gi en framstilling av praksis på feltet, som noe annet enn den eksisterende normative teori på samme felt, ville grounded theory ikke være en god metode i det henseende, da denne søker seg mot å utvikle teori (Charmaz, 2003). Et annet alternativ som ble vurdert er Consensual qualitative research (CQR) (Hill, Thomson, & Williams, 1997). CQR har som uttalt mål at forskerne skal kunne komme fram til en konsensus om meningen av data, og bærer slik på en antakelse om at det finnes en tolkning av data som er mer nærliggende enn en annen. Bygd på en hermeneutisk tankegang vil kvalitative data alltid eksistere som en dialog mellom informant og intervjuer og senere mellom forsker og tekst, og har slik ikke en iboende selvstendig mening. CQRs konsensukriterium virker for oss derfor

ikke plausibelt, da meningen i data alltid vil være avhengig av den som leser data (Kvale, 1994). Vi har likevel valgt å ta med oss noen av elementene i CQR i hensikt å øke reliabiliteten av studien, noe som vil framgå av analyseprosedyren.

### 2.5 Analyse

På bakgrunn av et hermeneutisk idégrunnlag kan det argumenteres for at analysearbeidet ikke er en atskilt prosess som starter etter datainnsamlingen er gjennomført, men at den tvert imot begynner allerede før utforming av prosjektet. Forskernes forforståelse vil være med hele veien som en ryggsekk (Malterud, 2003). Det er derfor viktig å identifisere denne for å kunne reflektere rundt dens bidrag til det som måtte komme fram av resultater. Teoretisk kan vi sies å sympatisere mer med psykodynamiske tilnærminger til psykoseforståelse og -behandling enn de kognitive atferdsrettede tilnærmingene. I vår begrensede erfaring med behandling av pasienter med psykose har vi hatt erfaring med at ren støtteterapi ikke har vært nok og følt behov for noe mer innsiktsrettet terapi.

Det har vært et kontinuerlig prosjekt å reflektere rundt vår egen påvirkning på intervjuprosessen. Etter hvert intervju og gjennom hele analyseprosessen og i framstillingen av resultatene har vi brukt tid på å reflektere rundt og aktivt utforske vår egen forforståelse. Dette ble gjort basert på en tanke om at bevisstgjøring til en viss grad kan bidra til å minske påvirkningen fra denne. Som en kontroll på at våre egne hypoteser og forventninger om funn ikke hadde fått for stor utslagskraft, ble resultatene sammenliknet med nedskrevne forventninger vi hadde til funn før innsamlingen av data startet. Det at det ikke var mer samsvar mellom disse enn forventet ut fra generell kjennskap til feltet, kan tas til inntekt for at vi har gått utover vår egen forståelseshorisont (Malterud, 2003).

Analysen fortsetter så i intervjuingsprosessen gjennom den tidligere nevnte felles konstruksjonen av mening, gjennom at vi som intervjuere vil begynne å forsøke å organisere kunnskapen, og danne oss hypoteser. Selv om det som nevnt ble forsøkt å bevare det auditive uttrykket så godt som mulig i omgjøringen fra levende informasjonsflyt til skrevet tekst, er dette i realiteten ikke mulig. Noe kommunikasjon vil foregå på ikke-verbalt nivå eller ”metanivå”; ut fra og kanskje utover det informantene sier, kan det utkrystallisere seg overordnede temaer eller holdninger til fenomenene. For å ivareta for det videre analysearbeidet det som måtte gå tapt i denne prosessen, ble tanker og generelle inntrykk skrevet ned umiddelbart etter hvert intervju. Også i transkriberingen fant en liknende prosess sted. Det å arbeide med teksten på så detaljert nivå, brakte fram nye tanker og temaer. Slike tanker ble notert i tilknytning til hvert enkelt intervju. Etter hvert som flere og flere intervjuer kom til, ble intervjuene også sett i relasjon til hverandre.

Det videre analysearbeidet er knyttet til analyse av det transkriberte råmaterialet, og bygger på fenomenologisk metode som framstilt av Giorgio (1985). Der vi av ulike grunner fraviker fra Giorgios prosedyre vil dette bli gjort rede for. Fordelene med å bruke en slik struktur er flere. Malterud (2003) nevner at det vil tvinge fram et bevisst og systematisk forhold til data, samt gjøre det lettere for leseren å følge analyseprosedyren. Intervjuene ble gjennomlest i sin helhet, med hensikt å få et bilde av helheten i materialet, og kommentarer og mulige kategorier ble samtidig nedtegnet. All tekst ble kodet vertikalt (for hver informant) i fire hovedkategorier: erfaring, pasient, behandling, terapeut med tilhørende underkategorier. En slik kategorisering er inspirert av Malteruds framstilling av fenomenologisk metode som er basert på Giorgios metodeutvikling (Malterud 2006), og har som fordel å stykke opp datamaterialet til håndterbare deler. Terapeut-kategorien bestod opprinnelig av to ulike kategorier (terapeut og individualterapiens plass) som ble slått sammen da det viste seg å likevel ikke være grunnlag for å opprettholde dem som to atskilte kategorier. Deretter ble all tekst innen hver hovedkategori omskrevet til *kjerneideer*. Begrepet *kjerneidee* er hentet fra QCR, og er en gjengivelse av det informanten sier, men er kortere og mer presis i formen (Hill et al., 1997). Giorgio (1985) bruker utskillelse av *meningsenheter* om en liknende prosess, men er i større grad fortolkende av teksten i denne prosessen. Vår hensikt var i første omgang å redusere tekstmaterialet, samtidig som vi ønsket i størst mulig grad å bevare informantens uttalelser og den kontekst de framkom i, noe omgjøring til *kjerneideer* som i CQR muliggjorde. Deretter gikk vi gjennom alle *kjerneideene* og uttrykte mer direkte den psykologiske innsikten de inneholder (Giorgio, 1985). For enkelhets skyld har vi valgt å kalle disse fortolkete *kjerneideer*. Følgende er et eksempel på hvordan dette har blitt gjort.

Transkribert tekst: "Det er akkurat det samme hvis en har jobbet med unger, så finnes det ikke et ukjent fenomen å jobbe med psykose. Altså hvis du ser på sånt som, se på ungers anemisme...eh...det er liv i alt. (banker i bordet) fysj av meg stygge bordet. Klart vi tar bordet når det slår deg i hodet, og ungen helt enig. Så bordet er i live for seg, og andre ting, og liv, har en type liv så en må ta hensyn til det hele tida. Det gjør unger, og det samme gjør jo en del av våre pasienter. Det at det finnes forklaringer på ting, som artifizialisme som du ser..., de klarer ikke å leve med at ting er uforklarlige. De må finne en forklaring, og vi vet alle den alderen som heter "hvorfor det", og det er hvorfor det på ting som ikke går an å svare på, liksom, og det samme...og at forklaringen blir viktigere enn realiteten i forklaringen. Så forklaringens betydning i seg selv, altså, det er jo akkurat det samme du treffer på i psykosene, og selvhenførelsen...eller egosentrisiteten, det på en måte å være sentrum i verden, slik at alt jeg vet om har jeg et ansvar for, eller har med meg å gjøre. Sånn fungerer unger, og det møter vi igjen. Så det er ingenting i den psykotiske fungeringen som vi ikke kjenner igjen fra menneskets historie. Det er bare det at når vi møter på det hos voksne mennesker, så blir vi så forvirret av det. Når vi møter det på den størrelsen der så synes vi det er yndig."

Kjerneide: Fenomenene i psykose er like de som finnes hos barn; animisme (at det er liv i alt), artifizialisme (det finnes forklaring på alt) og forklaringen er viktigere enn realiteten i den, selvhøvelsen eller egosentrisiteten. Så det er ingenting i den psykotiske funksjonen vi ikke kjenner igjen fra menneskets historie. Men når vi møter den hos voksne mennesker så blir vi så forvirret av det.

Fortolket kjerneide: Fenomenene i psykose er lik normalfenomen hos barn. Så fenomenet er kjent, men blir uforståelig for voksne når en har glemt barnets opplevelse.

Giorgios neste og siste trinn er å sammenfatte og integrere den innsikt som finnes i de transformerte meningsenhetene (våre fortolkete kjerneideer) til en helhetlig beskrivelse av den psykologiske strukturen til et fenomen (Giorgio, 1985). Fortolkete kjerneideer innen hver kategori ble samlet horisontalt (på tvers av informanter), og ut fra dette skrev vi en generell framstilling av hva som ble uttrykt. Intervjuene ble så gjennomlest for å finne illustrerende sitater. I disse sitatene har vi utelatt støtteord og gjentakelser for å gjøre dem lettere å lese. Selv om en framstilling av analyseprosedyren gir et bilde av en veldig kronologisk arbeidsprosess, er det viktig for oss å påpeke at det gjennom hele analyseprosedyren har foregått en kontinuerlig veksling mellom helhet og deler, mellom det transkriberte materialet og de ulike nivåer av meningskondensering (kjerneideer og fortolkete kjerneideer). Da den analysemetoden vi har brukt innebærer en relativt stor grad av dekontekstualisering av informantens utsagn, hovedsakelig som følge av kategorisering av data, men også til en viss grad i formuleringen av kjerneideer, har det vært viktig for oss å stadig gå tilbake til tidligere analysenivå hvor teksten er mer lik slik den opprinnelig framkom. Dette for å sikre oss at vi i dekontekstualiseringen har bevart et meningsinnhold som er i overensstemmelse med rådata. Vi har i dette arbeidet også gjort bruk av notatene som ble gjort etter hvert intervju, for å ikke miste våre opprinnelige umiddelbare inntrykk av syne.

I etterkant av intervjuene ble kjerneideer, fortolkete kjerneideer, samt resultatdel sendt ut til informantene i to omganger. Dette for å gi dem mulighet til å korrigere våre tolkninger av deres uttalelser. Vi mottok svar fra seks informanter, hvorav to hadde noen mindre rettelser. Disse ble tatt hensyn til i videre framstilling av resultatene.

## 2.6 Fremstilling av resultater

Vi har valgt å fremstille resultatene i tre hoveddeler: *Hvordan terapeutene forstår psykose, Forholdet mellom teori og forskning og Individualterapi ved psykose*. Det siste fokuset for intervjuene som gikk på hvordan terapeuten opplevde å arbeide med psykotiske blir ikke gitt plass i framstillingen av resultatene, da det ikke er direkte knyttet til problemstillingen.

I framstillingen har vi knyttet begreper til hvor mange av informantene som har uttalt seg om det samme. Der 11 eller 12 informanter kommer med liknende uttalelser betegnes det som *alle*, der det er seks eller flere brukes betegnelsen *mange*, der det er tre til fem brukes *noen*, og ellers bruker vi *to* eller *en*. Det å bruke tallfestede begreper er inspirert av CQR. Imidlertid har vår studie et utforskende fokus og begrepene og deres tilhørende tallverdier har ikke til hensikt å kvantifisere forekomsten av fenomener. Eksempelvis kan det ikke trekkes den slutning at dersom det kun er en informant som nevner et element i behandling, ansees dette ikke som viktig av de andre terapeutene. De tallfestede begrepene er likevel tatt med for å gi et så riktig bilde som mulig av de framkomne resultater ved å være antydende for variasjon og likheter i utvalget.

### 3.0 Resultater

Et helhetsinntrykk er at mange av informantene syntes å ha et formidlingsønske, eller tydelig budskap om sider ved forståelse og behandling av psykose. De syntes generelt sett å gi mer utfyllende enn kontrasterende beskrivelser.

#### 3.1 Hvordan terapeutene forstår psykose

##### 3.1.1 Fellestrekk i informantenes forståelse

Noen tema i forståelsen av psykose ble trukket frem som sentrale av mange av informantene.

###### 3.1.1.1 Psykose som realitetsbrist

Mange informanter nevnte at psykose er en realitetsbristende erfaring. Noen utdypet dette med beskrivelser av utformingen av realitetsbristen, eller hva de tenkte at en ”realitetsbrist” er. Informantene beskrev at realitetsbristen kan opptre på flere nivåer; konkret fysisk, sensorisk, og i tenkning og forståelse:

*”Psykose består i veldig sterk grad, tror jeg, av perseptuelle, konseptuelle og kognitive forandringer.”*

Noen informanter uttrykte at en realitetsbrist først oppstår i møte med virkeligheten til andre mennesker:

*”Psykosen oppstår jo i møte med andre. Først da blir du psykotisk, for det er jo når din egen realitet blir oppfattet som forkjært eller gæren i forhold til hvordan andre ser på tingene, at det kommer frem at du er psykotisk.”*

Noen gav uttrykk for at psykose kan være resultatet av mangel på utveksling med andre mennesker i prosessen med å konstruere sin realitet gjennom fortolkninger av selv og andre:

*”En del av det som er problemet i schizofreni er at forklaringen på hva som skjer med meg og hvem jeg er er blitt konstruert i enerom, og ikke gjennom dialog med andre. Så den er resultat av en veldig solypstisk og ideosynkratisk konstruksjon. Og ikke resultat av en konsensus.”*

### 3.1.1.2 Psykose som sviktende evne til å regulere emosjoner

Mange informanter nevnte at emosjoner, eller mer spesifikt angst eller redsel, på flere måter kan være en vesentlig del av den psykotiske erfaringen. Emosjonelle påkjenninger ble nevnt som utløsende til psykose. Sammenbrudd i evne til å styre affekter ble nevnt som en vesentlig del av hva psykose er. Det ble også nevnt som en konsekvens av psykosen:

*”I psykose ligger det vel en grunnleggende flukt ifra redselen. Fundamentalt i en psykose, ligger det ofte veldig mye redsel. Psykosen er en måte å håndtere redselen på, men ikke akkurat en hensiktsmessig måte.”*

### 3.1.1.3 Psykose som normalpsykologisk prosess

Mange av informantene gav uttrykk for at de ikke forstår psykose som noe kvalitativt annerledes enn normalitet. Et slikt budskap ble formidlet på flere måter:

Noen informanter uttrykte at de så for seg et kontinuum mellom psykose og normalitet:

*”Jeg tenker ikke at ”så switcher man over til noe helt annet”, men at psykose bare er utpå enden av den skalaen av normalitet, da..”*

Det syntes å være bred enighet blant informantene om at psykose er et fenomen som alle mennesker har på repertoaret over reaksjoner:

*”Psykose er en tilstand som hvilket som helst menneske kan komme i under visse omstendigheter. Det er en mulighet hjernen har å by på.”*

Det ble imidlertid nevnt at det vil variere i hvilken grad psykosen inngår som en del av alvorlig patologi. En informant beskrev alvorlig patologi som et ytterpunktet på en skala over psykose:

*”I den andre enden så ligger mer de reaksjonene som etter hvert utvikler seg og blir veldig kjennetegnende for hele vedkommendes person og personlighetsutvikling, og da har du havnet i de alvorlige psykotiske lidelsene, sånn som schizofreni og de alvorligste personlighetsforstyrrelsene og affektive lidelsene.”*

Noen informanter viste til likheten mellom psykose og normalfenomener og normalreaksjoner, som drøm, sorgreaksjoner, ekstreme overbevisninger, fantasiopplevelser eller dagdrømming:

*”Alle kan sette seg inn i det og skjønne det. For det dreier seg om menneskelige variabler. Det dreier seg om følelser og tanker, sånne som alle mennesker har hatt.”*

Noen beskrev også at fenomenene i psykose likner normalfenomener hos barn. Det ble trukket sammenlikninger til spedbarnets opplevelser, og til hvordan barn tenker og forholder seg til verden. Det ble også nevnt at psykose kan oppstå som uttrykk for regresjon til en fungering som hører hjemme i et tidligere stadium:

*”Man tenker seg at den veldig fortvila tilstanden som spedbarnet føler når det er helt oppløst av sult, og gråter og ligger alene, kan tilsvare noe av det en person som er helt oppløst og i en akutt psykotisk tilstand kan befinne seg i.”*

#### 3.1.1.4 Personfokus

Alle informantene var i større grad opptatt av pasientene som personer enn pasientene som bærere av symptomer. De vektla det å bli kjent med personenes liv og opplevelser. Dette gjorde de både for å se psykosen i lys av den personen som har den, og for å la personen være fokus i behandlingen:

*”Spørsmålet er om det er så veldig nyttig å lete etter kriteriene. Eller om man kanskje heller skal sette seg ned og spørre pasienten hvordan de har det og hvordan de opplever seg selv.”*

Et personfokus kom også til uttrykk gjennom at informantene var opptatt av å forstå psykosen i lys av underliggende prosesser, og ikke av symptomene i seg selv:

*”Det er ikke de psykotiske symptomene som er hovedproblemet. Det er andre ting her som ligger til grunn.”*

#### 3.1.1.5 Vansker med relasjon

Relasjonelle vansker er noe mange av informantene forstod som en vesentlig del av problematikken hos pasienter med psykose. Informantene ga uttrykk for at relasjonsproblematikk blant pasienter med psykose er utbredt:

*”Jeg kan liksom ikke huske veldig klart at det er noen som ikke har hatt relasjonsproblematikk, det kan jeg ikke.”*

Relasjonsproblematikken blant pasienter med psykose ble beskrevet på flere plan, blant annet som en mangel på sosiale ferdigheter, at de ikke sender ut de samme signalene som andre, at de har liten tålegrense for nærhet og intimitet, og at de har en faktisk mangel på kontaktnett med gode relasjoner:

*”Fordi veldig mange av de har jo problemer med helt basale funksjoner når det gjelder for eksempel det å være i samtaler, hvordan innlede og avslutte, og gi uttrykk for og beskrive hvordan man har det.”*



*”Jeg tror at noe som er litt spesielt ved schizofrenien, hvis vi snakker om det da, det er den kontaktløsheten. Eller, det er en sånn slags skinnkontakt. Jeg tror jo at behovet for kontakt er der, bare at de virker veldig annerledes på andre mennesker.”*

*”Jeg føler at de har en sånn intimitets sirkel rundt seg som er kanskje dobbelt så lang som de femti centimeterne vi vanligvis har før vi føler at intimsfæren blir invadert.”*

Noen informanter trakk frem relasjonsproblematikk som det underliggende hos pasienter med psykose:

*”Jeg tenker på schizofreni som hovedsakelig en tilknytningsproblematikk og problemer med nærhet, relasjon med andre.”*

Andre trakk frem relasjonsvansker som resultat av psykosen:

*”Det å ha en felles virkelighet er jo et helt nødvendig grunnlag for de aller fleste livsfunksjoner av sosial art. Du kan klare deg intellektuelt ganske lenge, mange gjør det, men det er på det sosiale området, kontakten med andre, at det blir så dramatiske problemer.”*

### 3.1.2 Psykose -en uløst gåte

Mange informanter ga uttrykk for at det er mye vi ikke vet om psykose:

*”Jeg tror det er veldig viktig at vi tror at vi forstår det som foregår. At det kan motvirke vår egen redsel for å gå fra forstanden. Men vi må jo vite at det er kanskje vel så mye for vår egen del, for at vi skal beholde roen og fatningen, som at vi egentlig har forstått hvordan verden er fatt eller hva psykose er for noe.”*

Det syntes vanskelig for mange informanter å si noe om hva psykose som fenomen er. Det at det var vanskelig å si noe om dette ble satt i sammenheng med at psykose ikke er et enhetlig fenomen:

*”Psykose, det er ikke én psykose. Psykose er mer en samlebetegnelse på ulike opplevelser som ikke nødvendigvis har noe med hverandre å gjøre. Og at samme psykotiske symptom trenger ikke bety det samme. Altså to personer kan presentere noe som er åpenbart likt, men det kan være kvalitativt veldig forskjellig.”*

Dette ble også satt i sammenheng med at vi mangler kunnskap om årsaker til psykose:

*”Altså psykose er et av de store uløste mysteriene som vi ikke har noen forklaring på. Vi har beskrivelser, beskrivelser av masse forskjellige varianter som det vi kaller psykose kan arte seg som: men vi har ennå ikke klart å finne noen årsaker. Vi har ennå ikke klart å fastslå noen forklaringer. Så fremdeles er vi henvist til forståelser, altså til hermeneutiske tilnærminger.”*

Noen av informantene ga uttrykk for at årsaksforklaringer ikke er så relevant for dem i det kliniske møtet:

*”Jeg hører hva forskerne sier, og tar det med, og så tenker jeg at akkurat dette med etiologi i forhold til psykoser og sånn, det er ikke så viktig for meg som kliniker, altså i møte med pasienten, så er det litt irrelevant.”*

Mange informanter nevnte at noe tett opptil en stress-sårbarhetsmodell kan brukes for å forstå utviklingen av psykose. Ingen av informantene ga imidlertid uttrykk for at det finnes en enhetlig modell for hvordan psykose utvikles, men at det tvert imot er et resultat av et komplekst samspill mellom ulike faktorer som kan variere fra person til person:

*”Jeg tror det er forskjellige ting som nesten leder opp til psykose hos hver eneste person, jeg. Jeg tror at det som er felles er det psykotiske repertoaret.”*

Informantene ga forskjellige eksempler på sårbarheter og stressorer som kan bidra til utviklingen av psykose, for eksempel genetisk sårbarhet, ikke-bearbeidede brudd eller tap, rus eller ”high expressed emotions”:

*”Ofte kommer de fra familier som er svært dårlige på å sette ord på og beskrive egne følelser. Jeg tenker at det er vesentlig for at de har blitt psykotiske, for de har ikke hatt det redskapet de har trengt til å håndtere følelsene.”*

I og med at informantene ikke antok en enhetlig utviklingsvei til psykose kan en i stor grad se beskrivelsene som utfyllende, heller enn at informantene er uenige. Informantene hadde ulike og til dels motstridende forståelser av hvordan innholdet i psykosen hos den enkelte pasient får sin spesifikke utforming. Noen mente at innholdet i psykosen handler om noe som er sentralt hos pasienten:

*”Jeg tar det for gitt at de fleste opplevelsene en person har, også om de har en schizofreni, er knyttet til noe som er viktig for dem. Jeg tror ikke det flyr noen rare tanker rundt i lufta som plutselig slår seg ned hos noen.”*

Andre ga uttrykk for at innholdet i psykosen kan være tilfeldig:

*”Det er nå så jæli mye løye som kan skje oppi den derre knollen vår. Og jeg tror det er mye av det som foregår oppi vårt hode og som kanskje i utgangspunktet ikke er så veldig meningsfylt, men så skaper vi mening.”*

### 3.1.2.1 Kategorisering av pasienter med psykose

Mange av informantene kom med uttalelser om den eksisterende kategoriseringen av pasienter med psykose, særlig schizofreni, og mulige alternative kategoriseringer. De ga uttrykk for at dagens diagnostiske inndeling av pasienter med psykose ikke dekker det de ser i praksis. Blant annet kan ikke symptomene kategoriseres inn i klart atskilte diagnoser:

*”Vi ser sjeldent mennesker som passer nøyaktig inn i diagnostiske kategoriene i klinikker. Som oftest ser vi mennesker med trekk som passer i veldig mange kategorier. Jeg*

*tror det er en av grunnene til at vi nå får denne diskusjonen om komorbiditet. For det vi ser er komorbiditet.”*

Noen informanter trakk frem at schizofrenidiagnosen er ment å beskrive en gruppe pasienter de i virkeligheten opplever som svært heterogen:

*”Variasjonen hos dem som får schizofrenidiagnosen er så stor at det blir en meningsløs merkelapp.”*

Informantene kritiserte også schizofrenidiagnosen for å ikke være til funksjonell hjelp for verken klinikere eller pasienter:

*”De hjelper oss veldig lite. De hjelper ikke behandleren noe særlig. For de sier nettopp ingenting om det som er prognosen på lang sikt. Og de sier heller ingenting om hva som er viktig for den enkelte, om hvilke behov den enkelte har med hensyn til terapi. Og det sier heller ikke pasientene noe, for disse merkelappene er så belastet at det blir stigma som gjør problemene unødig store for de.”*

Noen informanter påpekte at andre kriterier enn symptomer ville gi et bedre grunnlag for kategorisering av pasienter med psykose. Underliggende dynamikk og fenomenologi ble trukket frem som mulige alternativer:

*”Hvis man ser på kriteriene på schizofreni så behøver man ikke være psykotisk, aktiv psykotisk for å tilfredsstille kriteriene egentlig. Veldig mange som har en schizofrenilidelse beskriver slike ting som at de mister seg selv, og de føler ikke at de er seg selv lenger. Schizofreni er mer en fenomenologisk opplevelse enn det er noen symptomer man har.”*

Noen informanter uttrykte uenighet eller skepsis til antakelsen som gjerne er knyttet til schizofrenidiagnosen, om at den betegner et syndrom:

*”For meg eksisterer det ingen sykdom som heter schizofreni. For meg er det en oppsamling kriterier for tilstander som ethvert menneske kan ha en eller flere ganger i livet.”*

Noen av informantene ga beskrivelser av grupperinger av pasienter med psykose som de har sett i sin praksis. Gruppene ble i varierende grad knyttet opp mot diagnoser. De beskrev gruppene på forskjellige måter, men det kan synes som om det fremkom to grupper som kan sees i sammenheng på tvers av informantene. Hos den ene gruppen kan de psykotiske symptomene lettere skilles ut som nettopp det, og fungeringen på andre områder vil være mer intakt:

*”Jeg vil si at en del vrangforestillinger, de er uttrykk for en tro om verden. Og det betyr at det er også en del intakte ting hos pasientene, i forhold til å skille mellom seg og omverdenen og sånne ting, at de er litt på plass. En kunne kalt det ønsketenkning eller feiltolkning av kroppssignaler og alt mulig sånt.”*

*”Det ene er, hva skal vi si, epistemologiske vrangforestillinger, som går på uenighet om hvordan ting skal fortolkes eller forstås. De er på et høyere nivå, som en ofte finner for eksempel i forbindelse med paranoide psykoser og paranoid schizofreni.”*

Hos den andre gruppen ble psykosen oppfattet som en del av en mer omfattende eller eksistensiell problematikk:

*”Men schizofrene har det jo ikke sånn. Der blir det helt annerledes. Personens integritet eksiterer ikke lenger, de henger ikke sammen.”*

*”Og så har vi det som er mye mer vanskelig, som ikke går på saksforhold eller forståelse av fortolkningen av tilskikkelser i verden eller forholdet mellom folk. Men som er en ren værensytring. ”Det er sånn jeg opplever meg selv og verden.” Uten at det er noen fortolkning inne i bildet.”*

### 3.1.2.2 Prognose for pasienter med psykose

Alle informantene kom med uttalelser om hva de tenker pasienter med psykose kan oppnå av bedring, eller hva bedring ved psykose er.

Informantene varierte fra å tenke at alle pasienter med psykose kan bli friske, til å ikke ha sett noen bli friske. De fleste tok imidlertid en mellomposisjon hvor de tenker det vil variere hvor stor bedring pasientene kan oppnå. Noen informanter ga uttrykk for at ganske mange blir relativt bra og kan leve ok liv:

*”Det er jo veldig stor variasjon på altså hvordan det går med folk. Jeg tenker en skal jo være mye mer optimistisk på folks vegne enn psykiatrien historisk har vært”*

*”For det vi vet om mennesker med schizofreni, for eksempel, er at en av ti blir psykotiske en gang og aldri mer. Tre av ti vil bli sånn noenlunde friske. En annen tredjedel vil være preget av sykdommen i en viss grad. En siste tredjedel er den tredjedelen som bekrefter våre stereotypier av det å ha en schizofreni. De er veldig hemmet.”*

Informantene snakket på forskjellige måter om hva bedring ved psykose er.

Frisk-syk dikotomien blir problematisert:

*”Nei, jeg synes det er veldig vanskelig å bruke ordet frisk. For noen mener jo at er man uten symptomer på psykose i ett år, så er man frisk. Men er man frisk om man går på medisiner, men ikke har vært psykotisk? Jeg snakker heller om mestringsgrader.”*

Noen informanter uttrykte at bedring kan være at pasientens subjektive opplevelse av symptomene er mindre plagsom:

*”Det er jo ikke sikkert du får de psykotiske opplevelsene til å bli borte, men det er vel kanskje viktigere hvordan pasienten forholder seg til å ha disse opplevelsene. Hvis ikke du får en stemme til å forsvinne, så er det kanskje greit at du får et annet forhold til det å høre*

*stemmer. Og hvis du ikke får korrigert alle vrangforestillingene, at du i hvert fall får pasienten til å ha et mye mer avslappet forhold til dem.”*

*”hvis jeg kan hjelpe dem til å få psykosen til å plage dem mindre, uten at jeg behøver å ta den bort, så er jo det egentlig det beste. For mange av de synes jo at stemmene kan være gode å ha. De psykotiske opplevelsene de har kan være fine.”*

Noen informanter snakket om bedring i den forstand at de psykotiske symptomene forsvinner eller blir mindre fremtredende:

*”Altså terapien kan redusere symptomene på den måten at pasientene selv begynner å stille spørsmål ved dem.”*

Informantene vektla gjerne både bedring av forholdet til symptomene og reduisering av symptomene i behandling, slik at disse to momentene står ikke frem som motsetningsfylte i intervjuene.

To informanter nevnte at det å ha vært gjennom psykotiske erfaringer kan gi noe positivt til pasientene:

*”Det optimale ved en psykoseterapi er at personen får et så trygt og samlet selv at den faktisk kommer mer modent ut av psykosen enn når det gikk inn i psykosen. Og at noen, kanskje ikke er glad for det de har opplevd, men at de ser at det har virket berikende for å se ting i livet.”*

Noen informanter nevnte at bedring kan ta lang tid:

*”Men det jeg er glad for er at jeg jobbet mer enn ti år. For det var da jeg begynte å se de det gikk bra med.”*

### 3.2 Forholdet mellom teori og praksis

Mange informanter sa noe om forholdet mellom teori og praksis på feltet, og om egen anvendelse av teori.

Noen informanter påpekte at sammenhengen mellom teori og praksis på feltet er svak. For eksempel ved at forskningen fokuserer på ensartede grupper som klinikerne ikke kjenner igjen i sin hverdag, eller at forskningen baserer seg på symptomlette som kriterier for bedring i stedet for livskvalitetsdimensjoner, som klinikerne finner mer relevant:

*”Forskere har tillatt seg å støvsuge etter dem som er rendyrket sånn og sånn. Og så forsker de på det, og så trekker de ut noen konklusjoner fra det, og så forventer de at de konklusjonene skal være autoritative for det klinikerne gjør. Men det går ikke. For klinikerne har ikke sett en sånn homogen gruppe som forskerne har klart å sanke seg. Klinikerne ser mennesker, enkeltindividet, som er veldig forskjellige på kryss og tvers.”*

Noen av informantene pekte på at det er mangel på god teori eller gode modeller på feltet:

*”Det kryr av folk som elsker å lage nye modeller og nye hypotetiske konstrukturer. Og ofte blir det mye gammel vin i nye flasker. Men det er ingen i dag som kan fastslå hva psykose skyldes eller hva som er årsakene.”*

Noen informanter syntes det var vanskelig å si noe om hva de brukte av psykologisk teori, eller at de brukte mye forskjellig:

*”Og da tenker jeg, ja, jeg vet ikke hva jeg bruker og ikke bruker. Jeg tenker tilknytningstenkning, psykodynamisk, utviklingsforstyrrelser, dynamisk i forhold til forstyrret relasjonsutvikling, tenker traumer, tenker ja... kognitivt... Jeg vet ikke hva jeg tar med meg og ikke tar med meg engang.”*

Tre informanter sa de var psykodynamisk forankret, fire sa de arbeider kognitivt, eller høres ut til å i hovedsak bruke kognitive teknikker. Forøvrig ble det nevnt at informantene hentet inspirasjon fra tilknytningstenkning, selvpsykologi, objektrelasjonstenkning, individual interpersonlig psykiatri, økologisk syn, konstruktivism og eksistensiell filosofi.

Noen informanter kommenterte styrker ved forskjellige tilnærminger til psykose. Det ble blant annet trukket frem at psykodynamiske teorier har en styrke i forhold til pasienter med psykose ved at de fokuserer på relasjoner:

*”Jeg tror at den psykodynamiske tenkningen som har veldig mye fokus på relasjoner er kunnskap som det er nyttig å ha i bunn når man skal behandle en pasientgruppe hvor det med relasjoner er så sentral problematikk.”*

Kognitive metoder ble betegnet som nyttige verktøy for å håndtere psykotiske symptomer:

*”Og at man da fikk psykologiske metoder, som gav oss verktøy til å hjelpe pasienten til å gå ut og teste ut en del av disse forestillingene sine, det var jo kjærkomment.”*

Hos noen av terapeuter var det ikke nødvendigvis samsvar mellom hvilken teoretisk tilnærming de tok utgangspunkt i for å forstå pasientene, og den de tok utgangspunkt i for å behandle dem:

*”Altså jeg er nok psykodynamisk forankret. Og når de sier ting, så kan jeg forstå det utifra en psykodynamisk tankegang. Men i samtale med dem, så tror jeg at jeg er veldig enkel, ivaretagende og konkret, og det blir kognitivt.”*

Noen informanter påpekte begrensninger ved spesifikke teknikker, oftest i sammenheng med kognitive teknikker. Det ble påpekt at spesifikke teknikker er nyttig for noen pasienter i noen faser:

*”I perioder så kan de jobbe litt systematisk. Mens i andre perioder så trenger de piska dau noen som bare står der, og er der med dem. Og da tenker jeg mye mer relasjonelt og bekreftelse.”*

*”Det personen uttrykker er at han er gått i oppløsning. Så han vil ikke være interessert i å diskutere en gang. Det betyr at det blir helt irrelevant å gå inn i en sånn logisk diskusjon om hvorvidt det er mulig å lese tanker eller ikke, fordi at det er ikke det som er poenget.”*

Informantene la mer vekt på uspesifikke faktorer knyttet til terapeuten eller den terapeutiske relasjonen:

*”Spesifikke teknikker forklarer veldig lite av utfall i terapi, så det er besynderlig at så mange bruker så mye energi på å utvikle spesifikke teknikker i stedet for riktige holdninger eller mer relasjonell kompetanse.”*

*”Vi får en masse teknikker. Men all forskning har gjennom alle år så lenge jeg kan huske vist at tid, engasjement og litt nærhet menneskelig sett er det som hjelper.”*

### 3.3 Individualterapi ved psykose

#### 3.3.1 Utvidet terapibegrep

Noen av informantene nevnte at en i forbindelse med pasienter med psykose må snakke om et utvidet terapibegrep. Det ble nevnt at individualterapeuten i tillegg til å drive terapi i mer klassisk forstand blir en person som holder trådene sammen for pasienten i forhold til praktiske ting som trygd, bolig, jobb og utdanning:

*”Så det blir veldig mye å snakke om, som ikke nødvendigvis er sånt som man kan tenke seg som en standard psykologsamtale, ”Har du vært på aktivitetssenteret, og hvorfor har du ikke det, og... hvordan kan jeg hjelpe deg til å komme deg dit ”. Så det blir mye fokus på det å gjøre synes jeg.”*

#### 3.3.2 Tilpasset behandling

Samtlige informanter vektla at terapien må tilpasses i forhold til det enkelte individ, og til faser den enkelte går gjennom:

*”Så man må tilpasse terapien til pasientenes symptomatologi og hva de tåler av belastning og hvor de er hen.”*

*”Du bruker en vifte teknikker og strategier i ulike faser.”*

*”Så gikk det noen år, og så begynte han å si «nei, nå må jeg ta tak i dette her med angsten min». Og så kunne vi begynne å jobbe ganske systematisk.”*

Særlig akuttfasen ble nevnt som en periode som krever spesiell tilpasning i terapien. Det ble blant annet trukket frem at terapeuten må fokusere på å roe pasienten, snakke enkelt og konkret, unngå tolkninger, og å gi håp:

*”I første fase vil jo samtalebehandling bestå av å forklare for de, og roe og trygge og gi de optimisme og håp, en ren støttende terapi.”*

### 3.3.3 Fokus på relasjon

Mange informanter trakk inn relasjonen til terapeuten som det mest sentrale i det individualterapeutiske behandlingstilbudet:

*”Man må stole på at den individualterapeutiske relasjonen er mye viktigere enn man tilsynelatende kan se i det daglige, og ofte mye viktigere enn det pasienten klarer å uttrykke. Det er min erfaring. Vi undervurderer betydningen av relasjonen.”*

Noen informanter nevnte at det å etablere en relasjon til pasienter med psykose kan være vanskelig, blant annet tar det ofte lang tid og det krever kontinuitet i møtene:

*”Men det å få kontakt med en person som lever i et veldig stort kaos og som synes kontakt er veldig vanskelig, så må man bruke veldig lang tid på å etablere den kontakten før man er inne i et forløp som likner på psykoterapi.”*

Noen informanter uttrykte at for å skape en allianse med pasienter med psykose er det nødvendig å finne noe å gi pasienten, som pasienten faktisk ønsker hjelp til:

*”Det er ikke sikkert at folk er takknemlige for å få deg som behandler. Overhodet ikke sikkert. En må få en inngang. En måte å gjøre det på er å si at ”vi kan godt bruke tiden til i utgangspunktet å se litt på hvordan vi kan gjøre situasjonen din bedre, og noen må jo se etter pasientrettighetene dine, og mer praktiske ting sånn som trygd og bolig og jobb og skole og sånt.”*

Noen informanter snakket om viktigheten av å regulere nærheten og intimiteten i terapien, både fysisk og psykologisk:

*En kommer veldig lett alt for nær. Det må vi være klar over og regulere. Det er viktig at pasientene ikke kler av seg for fort, for da kommer de over i en nakenhet som blir utålelig etterpå.”*

Det ble gitt uttrykk for flere rasjonale bak viktigheten av den terapeutiske relasjonen. Noen informanter understreket at en *forutsetning* for å kunne gjøre andre terapeutiske intervensjoner er å ha en god relasjon:

*”For å jobbe terapeutisk med pasienter, så må du ha en form for relasjon. Sånn at de også kan nyttiggjøre seg samtalen.”*

Noen informanter vektla at det å etablere en relasjon til pasienten er *et mål i seg selv*:



*”Langvarige psykoser er en kjempestor sosial funksjonshemming. Og det finnes bare et middel mot sosiale funksjonshemminger, og det er varige mellommenneskelige relasjoner, som er preget av respekt, hensynfullhet, tålmodighet og utholdenhet.”*

Det å arbeide mot å danne relasjoner også utenfor terapirommet ble også trukket frem som et viktig fokus i terapien. Noen informanter beskrev hvordan de forsøker å hjelpe pasientene til å bedre sine sosiale ferdigheter, og hjelpe dem til å bygge nettverk:

*”Jeg forteller om konkrete eksempler, jeg forteller om hvordan jeg har dummet meg ut, liksom. Jeg forteller historier.”*

#### 3.3.4 Individualterapi som miljø

Mange informanter trakk frem at miljøet terapeuten eller terapien representerer er en sentral del av terapien for pasienter med psykose:

*”Når en tenker på hvor konkrete de er og hvor dårlig evne de har til å forstå ting symbolsk og språklig, så er det klart at det er andre ting, som hele tilstedeværelsen, betyr mye mer.”*

*”Og da er det ikke hva vi sier som er terapi, men de foranstaltningene vi representerer.”*

Det terapeutiske miljøet i psykoseterapi ble satt i sammenheng med å trygge pasientene, og å gi en sterkere opplevelse av et selv. Informantene nevnte forskjellige karakteristika som de tenker er viktige for et terapeutisk miljø. Noen sammenliknet terapeuten med å være en mor:

*”Så det blir veldig likt som en tenker ivaretagelse av unger. At det å være til stede, være villig til å være en forsyner, og ikke forvente at jeg skal bli sett som noe objekt, en person i meg selv. Det er ikke det som er viktig.”*

Noen informanter trakk frem struktur, forutsigbarhet og repetisjon som viktige kvaliteter ved det terapeutiske miljøet:

*”Alt som har med struktur, forutsigbarhet, repetisjon og sånne ting, det er bra. For eksempel si det samme hver gang. Jeg begynner hver time med det samme: ”Hei Bjarne, så kjekt å se deg, så fint du kunne komme i dag.”*

*”En legger til rette rundt pasienten så miljøet er mest mulig netto rytmisk og forutsigbart. For uten den rytmisiteten blir alt kaos og en faller ut i intet.”*

*”Det er å si sånne banale enkle ting som at «jeg skal ta vare på deg, jeg skal verne deg mot verden, du skal være trygg her, ingen skal skade deg». Omat og omat. Det er akkurat som et mantra, men det hjelper. Det er noe tryggende ved det. ”*

Noen informanter sa de vil forsøke å unngå å stille spørsmål til pasientene. Det å stille spørsmål blir beskrevet som å kunne gjøre situasjonen ustrukturert:

*”Hvis en har lite kontakt med ukjente folk, så vil mange kjenne på det at den som spør allerede sitter med svarene, og skal bare høre om han eller hun også kan det. Veldig ubehagelig situasjon å være i. Så det jeg gjør da, det er å snakke om de tingene jeg tror kan være viktig for pasienten, og så snakker jeg til vedkommende mye mer enn med vedkommende.”*

Noen nevnte det å være tydelig på å etablere seg selv og pasienten som person:

*”Vel så vanlig er det jo at terapeutene blir tilbakelente, og altfor forsiktige med å være tydelige og tydeliggjøre seg som person. Noe som setter i gang pasientens engstelse og fantasi, og fremmer de paranoide tankene.”*

*”Så det å bruke navn er ganske viktig. Folk er dårlige på å bruke navn, ikke sant, han er Bjarne, ”hei Bjarne”. Sånn at han blir trygg på at det er Bjarne han er. For det skal du ikke være sikker på at han er trygg på.”*

Ærlighet ble trukket frem som viktig, og kan også sees i sammenheng med det å være tydelig:

*”Det er alfa og omega at du skal være ærlig. Du må aldri lure pasienten ved å late som du forstår når du ikke forstår en tøddel, eller gå bak ryggen til pasienten i forhold til pårørende. Vær bønn ærlig. Og må du vurdere tvang, vær bønn ærlig.”*

Der pasientene er ordløse eller har et annet nivå på språket enn terapeuten ble det nevnt at også språket blir virkningsfullt i kraft av å være et miljø, heller enn å være meningsbærende:

*”Hvis språket deres har kvaliteter av den typen der, så er ikke språket det du kan satse på hvis du forsøker å få til kontakt. Du kan bruke språk, men da må du være klar over at du bruker ikke språket for å løse et problem sammen med noen, men for å beskrive noe som vedkommende kanskje kan kjenne igjen. Og til og med kan føle som en lettelse. Og at det kan øke tiltro til meg for eksempel.”*

### 3.3.5 Styrkende terapi

Mange informanter beskrev intervensjoner som er ment å tilføre pasienten noe styrkende, i motsetning til å for eksempel bryte ned et forsvar. Det ble trukket frem flere sider pasientene kan styrkes på.

To informanter sa at det er viktig å tilføre pasienter med psykose vitalitet:

*”Noen av disse menneskene trenger ikke først og fremst å lære seg teknikker. De trenger tilførsel av vitalitet. Kanskje resten av livet.”*

Noen informanter beskrev intervensjoner som har som mål å styrke pasientens ego eller følelse av et sammenhengende sterkt selv:

*”Det jeg jobber veldig mye med i terapien min er å få disse folkene til å begynne å gå løs på livet, og liksom sette foten ned og kunne sette grenser rundt seg.”*

*”Bygge egostyrke. Rett og slett på samme måten som barn bygger opp egostyrke.”*

Noen informanter nevnte at det er viktig å fokusere på pasientenes ressurser:

*”Så vel så viktig som å fokusere på symptomer og problemer er det å bekrefte de delene av pasienten som er frisk, kreativ, hjelpsøkende, prøver å være aktiv, prøver å mestre problemene sine.”*

To terapeuter sier at de er opptatt av å formidle håp til pasienter med psykose:

*”Grunnlaget for behandling er å så håp. Disse menneskene har blitt møtt med det jeg kaller psykiatriens selvoppfyllende profetier.”*

### 3.3.6 Arbeid med affekt

Noen informanter sa at de driver vanlig angstbehandling eller arbeid med å bli bevisst egne affekter:

*”Det er klart det de har, er jo angst. Man kan drive ganske effektiv angstbehandling på denne pasientgruppa her ved helt vanlige angstmetoder.”*

### 3.3.7 Meningsskaping i terapien

Mange av informantene sa at de forsøker å skape mening og sammenheng i pasientens opplevelser og historier:

*”Det synes jeg er et veldig godt bilde på hva psykoterapi er, det handler om å lage mening og gi uttrykk til det som før ikke lot seg gi mening til.”*

Det ble fremstilt som sentralt å gi psykosen mening gjennom en plass i fortellingen:

*”Å skape mening er det som gjør at vi holder oss sammen. Vi lander på ett eller annet som gjør at vi kan gå videre, og vi kan håndtere det, og vi kan organisere det, og det blir ikke liggende der som noe underlige greier som er fremmed og skremmende.”*

*”I individualterapi er det viktig å skape mening og sammenheng i noe som oppleves så usammenhengende.”*

Noen understreket at den historien eller meningen som skapes må være slik at den er god for pasienten å leve med:

*”Det tenker jeg er en veldig viktig funksjon man har som terapeut, og som samtalepartner. Det å hjelpe dem til å skape en mening som gjør at ikke det forstyrrer dem så forferdelig.”*

*”Men noen har jo noen veldig kjipe historier, ikke sant. En historie er jo ikke bra for enhver pris. Det koster veldig mye å forsone seg med kjipe ting, eller ta til seg kjipe ting. Så en må alltid ta sikte på å skape en historie som folk faktisk kan leve med.”*

### 3.3.8 Hvordan møte det psykotiske innholdet

Mange av informantene beskrev hvordan de forholder seg til det psykotiske innholdet til den enkelte pasient. Noen beskrev hvordan de kan oppleve møtet med pasientenes verden som noe veldig annerledes fra deres egen:

*”Det er sånn det er å gå på jobb når man jobber med psykotiske pasienter. Jeg må liksom fly inn i et romskip og lande på planeten, og så okay, hvordan er verden her? Og så må de begynne å beskrive det, da.”*

Noen informanter trakk frem at det er viktig å gå inn i pasientens vrangforestillinger og hallusinasjoner:

*”Jeg tenker jo også at psykose er noe av det mest opplevelsesnære fenomenet en kan jobbe med som psykolog. Man må inn i den enkelte personens opplevelse av hva den personen er inni for å jobbe terapeutisk, mot grunnleggende endring, og grunnleggende bedring. Det er jeg helt sikker på.”*

Mange informanter sa at de empatisk bekrefter pasientenes opplevelser, uten å bekrefte innholdet, men at de heller ikke benekter det, og to informanter sa at det er viktig å kommunisere en forståelse at for pasienten er forestillingene virkelige:

*”Jeg kan jo ikke si at den ikke er der. Jeg kan ikke si at den er syk heller. Fordi den er jo like virkelig som den virkeligheten vi er i. Jeg tenker at å møte pasienter med den type respekt for deres opplevelser er helt fundamentalt i god behandling av psykose.”*

Noen informanter nevnte at de kan møte innholdet i psykosen med litt humor.

*”Jeg oppfatter veldig ofte at jeg kan si til pasientene at «altså, dette her..., dette her er jo kjemperart!». Og så kan de si «ja, det er ganske rart».”*

To informanter antydte en varsomhet i møte med det psykotiske innholdet. Det ble begrunnet med at det kan være skambelagt og angstfylt:

*”Noen skammer seg over ting de har gjort, slik at de ønsker å forsegle erfaringen heller enn å snakke om den. Jeg respekterer det ønsket, men signaliserer at dette er noe de kan snakke om.”*

#### 3.3.8.1 Bevege det psykotiske innholdet

Mange informanter beskrev intervensjoner som er rettet mot å bevege det psykotiske innholdet. Mange av disse ser ut til å være inspirert av kognitiv atferdsterapi.

En intervensjon som ble beskrevet for å bevege det psykotiske innholdet var å utforske det:

*”Det å gjøre dem nysgjerrig, det er det det går ut på, å være nysgjerrig på deres virkelighet slik at de også blir det.”*

En annen intervensjon som ble nevnt var å lete etter alternative fortolkninger:

*”Jeg er mest opptatt av de bevisene de har for synene sine. Så da spør man jo i beste kognitive forstand,” ja det kan en jo tenke, men kan det finnes andre forklaringer?”*

To av informantene beskrev at de lar pasientene sjekke ut riktigheten av forestillinger i praksis:

*”Det pleier å ha veldig sterk effekt i seg selv, spesielt med stemmehøring, å teste ut hvordan det kan henge sammen. Å faktisk ikke bare sitte her på kontoret, men å ta de med seg ut i verden og teste ut forestillingene.”*

En terapeut sa at det viktigste med å komme frem til en ny forståelse er at den er skapt i et fellesskap:

*”Noe av det viktigste i psykoseterapi er å sammen med pasienten prøve å få til en dialog rundt dette her, der pasienten får komme med sin forståelse og terapeuten kan komme med sin forståelse, og at en prøver å skape en felles forståelse.”*

En terapeut nevnte at det å sette spørsmålstegn ved pasientens virkelighet kan fremprovosere angst og suicidalitet:

*”Det er jo en skremmende tanke, i hvert fall for meg, hvis jeg hadde plutselig funnet ut at alt det jeg tror har skjedd de siste femten årene, ikke har skjedd, for hva har jeg da drevet med? Så det er en balansegang.”*

### 3.3.8.2 Endre forholdet til psykosen

Mange informanter beskrev intervensjoner som er rettet mot å endre pasientenes forhold til psykosen. For eksempel nevnte noen av dem at det å snakke om det psykotiske innholdet kan være lindrende for pasientene i seg selv, ved å redusere angst og uro over å være alene med forestillingene, og ved å gi en opplevelse av å bli sett og forstått:

*”Ved at du snakker om det hver dag, så blir det mer, eller blir det mindre angstfullt.”*

Mange av informantene sa de gir informasjon eller driver psykoedukasjon:

*”Og det er veldig mange islett av ren psykopedagogikk, altså oppklaring og forklaring.”*

Mange informanter normaliserte pasientenes psykotiske opplevelser og tilknyttede tilstander, med utgangspunkt i opplevelser fra eget liv eller ved å vise til normalpsykologiske fenomen:

*”Jeg bruker ofte mitt eget liv som eksempel. Det som ligger bak meg vel og merke. Til stor glede for mine pasienter. Fordi jeg alminneliggjør ting.”*

*”Yndlingstemaet mitt når jeg snakker om vrangforestillinger er å relatere det til noe de fleste har opplevet, altså sjalusi.”*

En informant nevnte at han bruker bilder og metaforer for å bedre pasientenes forhold til psykosen:

*”For noen kan det være at de blir forstyrret av stemmer. Et eksempel på hvordan man kan håndtere det er å tenke i et bilde: Det er akkurat som om naboen har fest. En forferdelig plagelig nabo som har den festen. Nå har du prøvd å banke i veggen, ok, så nytter det altså ikke å banke i veggen. Da får vi bare tenke han gir seg vel om en stund. Vi skal i hvert fall ikke prøve å lytte etter hva de sier og holder på med der inne. Og så har vi jo litt erfaring på at han naboen gir seg etter en stund. Kanskje en skulle gå ut i mellomtiden?”*

### 3.3.9 Egenskaper hos terapeuten

Mange av informantene ga uttrykk for at egenskaper hos terapeuten kan være et sentralt element for god psykoseterapi. Noen trakk frem at holdningene terapeuten har i møte med pasienter med psykose er viktig. For eksempel nevnte noen viktigheten av å ikke tenke på psykose som noe helt annerledes enn normalitet, og å forholde seg til pasienter med psykose som medmennesker:

*”Vi må forholde oss til mennesker med psykoser som medmennesker som har noe å lære oss, som vi trenger å lære noe av, og som beriker vår kunnskap om det å være mennesker. Hvis vi slutter å forsøke å forholde oss til mennesker med psykoser, og å innlemme dem i et menneskelig felleskap, så vil vi bli fattigere som mennesker. Det vil innebære en dehumanisering av oss alle som mennesker.”*

Noen informanter trakk frem viktigheten av at de møter pasientene på en respektfull måte:

*”Det høres helt banalt ut, men den ene teknikken, eller enkeltintervensjonen som jeg har opplevd har gitt best uttelling gjennomløpende i forhold til flest pasienter, det er å opptre i tråd med vanlig folkeskikk.”*

Viktigheten av en respekterende holdning ble også reflektert i at informantene vektlegger respektfull begrepsbruk:

*”Når jeg skrev epikriser på for disse her, så bruker jeg ord som ikke-verifiserbare virkeligheter istedenfor vrangforestillinger, for eksempel. Og jeg vet at det er et veldig underlig ord, men på en måte så signaliserer det en veldig respekt for den virkeligheten de lever i.”*

Noen informanter ga uttrykk for at det er viktig å ha kunnskap om psykose for å kunne møte pasienter med psykose på en god måte:

*”det er noe med å ha den forståelsen. For å kunne romme hva det er de sier. Og ikke ta sånn på vei. Å ikke bli redd. Og ikke med en gang ty til ”jammen, da tror jeg du skal få en ekstra Risperdal.”*

Noen informanter nevnte viktigheten av å være utholdende som terapeut, å ikke gi opp:

*”Som Jan Erik Vold sier: Det er håpløst og vi gir oss ikke.”*

*”Jeg tror det er ganske nyttig å være tålmodig og utholdende. En sier at det å jobbe i dette her er en blanding av omnipotens og masochisme.”*

### 3.4 Individualterapiens plass

Alle informantene så individualterapi som viktig for pasienter med psykose.

Noen påpekte at det er et nødvendig behandlingstilbud for pasientene:

*”Dessuten synes jeg det er en selvfølge at den dårligste pasientgruppa skal ha god psykologisk oppfølging.”*

Mange tenkte at individualterapien skal være en del av et bredere behandlingstilbud:

*”kanskje noen kan få kun psykoterapi, men for de pasientene jeg har, så ville det ikke være bra nok.”*

#### 3.4.1 Forholdet til biologisk behandling

Alle informantene forholdt seg til psykiatrisk tenkning og behandlingsmetoder på noe vis.

Informantene varierte i hva de tenker medisinerer har å bidra med for pasienter med psykose. En informant trakk frem medisinerer som det mest effektive man har å tilby pasienter med psykose:

*”Vi har vel egentlig ikke noe som kan utkonkurrere medisiner per i dag. Folk kan jo i beste fall bli upsykotiske av det, og det må jo være en vanvittig lettelse.”*

En annen mente derimot at medisinerer nesten utelukkende påfører pasienten vanskeligheter:

*”Det gir både fysisk og psykisk impotens, en slags likegyldighets/depressiv tilstand som gjør at folk rett og slett ikke klarer å komme i gang med live sitt. Dette med å gjøre seg avhengig av medisin, det gir jo en slags lært hjelpeløshet. De tror at de er avhengige av denne medisinen for å mestre livet sitt.”*

De fleste ga uttrykk for at medisinerer er nødvendig for mange pasienter med psykose i noen faser av forløpet. Noen informanter syntes å ville understreke at de ikke var mot medisinerer:

*”Men jeg må jo også si at jeg er jo ikke imot medisinerer. Det er helt klart mange som trenger det.”*

*”Det trenger noen, helt klart, akutt, så trenger man det noen ganger. Dersom man har helt fullstendig mistet konseptene, men man trenger det bare da.”*

Det ble påpekt at begrensninger ved medisinerer som behandling er at ikke alle pasienter med psykose har nytte av det, og det gir ikke varig endring:

*”For det er jo bare 50 % cirka som får en god effekt av medisiner, resten går rundt og har plager fortsatt. Og hvis man da bare stoler på at medisiner skal gjøre susen, så er jo det dårlig behandling tenker jeg.”*

*”For medisinerene virker jo på kort sikt, men hvis du blir psykotisk igjen, så er du jo like psykotisk.”*

Noen informanter beskrev hvordan medisinerer kan påvirke individualterapien, noen ved at de vanskeliggjøre det terapeutiske arbeidet:

*”Det er litt sånn som angst, man kan ikke drive eksponeringsterapi hvis man får så mye medisiner for angsten at den ikke er der. Man må faktisk ha angst for å få hjelp til å bli kvitt angsten.”*

På den annen side beskrev informantene også at det kan lette det terapeutiske arbeidet:

*”Mange av disse pasientene er ikke tilgjengelig for terapi før man har gitt dem medisiner, slik at de har fått ned angsten og produserer mindre psykotiske symptomer.”*

Noen informanter beskrev et biologisk eller psykiatrisk maktapparat, som de i varierende grad tenker at fortsatt eksisterer. Det ble beskrevet at psykiatrien og legemiddelindustrien har mye makt over behandlingen som gies ved psykose:

*”Psykiatrien har så mye makt. De har jo basert makten sin på behandlingskriteriet medisin, og det at det er biologisk forankret. Hvis ikke hadde ikke psykiaterne heller sittet med makten.”*

*”For meg er det vanskeligste med denne jobben den kampen med psykiatrien. De vil ikke være med på nedtrapping. De sender folk ut og inn, og de stigmatiserer dem ytterligere.”*

*”Du må ikke ha noen illusjoner, altså, om hva slags sted det er. Det er veldig dominert av legemiddelindustrien. Med schizofreni så har de klart det kunststykke at det er nærmest ulovlig å ikke medisinere.”*



Det ble imidlertid gitt uttrykk for at et syn på biologisk behandling som det eneste riktige ved psykose er mindre fremtredende enn før:

*”Men heldigvis har det blitt sånn nå at det ikke lenger ansees som uetisk og uforsvarlig å ikke medisinere pasienter som er psykotiske.”*

Noen informanter uttrykte at et biologisk perspektiv ikke er bra for pasienten:

*”Det å se seg selv som normal er viktig, tenker jeg. Man opplever ikke så mye av det hvis man ligger i belter på en akuttinstitusjon og får vite at man er syk. Og får medisiner i sprøyter.”*

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Fellestrekk i informantenes forståelse

Et fellestrekk i informantenes beskrivelser av psykose er at det kjennetegnes av en realitetsbrist. Dette er også det en tradisjonelt sett har regnet som å være definerende for psykose, og er knyttet til det som er ansett å være de betegnende komponentene for psykose; hallusinasjoner og vrangforestillinger.

Det er også stor enighet blant informantene om at psykose er grunnet på normalpsykologiske prosesser, slik at det ikke er noe kvalitativt skille mellom psykose og normalfungering eller mellom psykose og andre psykiske lidelser. En slik forståelse kan sies å ha blitt introdusert av Freud, og kan siden sees som en rød tråd gjennom individualterapiens historie. På tross av at ulike individualterapeutiske tilnærminger har gitt ulike forklaringer på psykose, har de bevart tanken om at den har sitt utgangspunkt i normalpsykologiske prosesser. Viktigheten av å forstå psykose som noe kvantitativt og ikke kvalitativt annerledes blir i dag eksplisitt vektlagt som ønskelig for feltet (Hagen et al., 2007). Et syn på psykose som å være en ekstremvariant av normalfenomen støttes av forskning som viser forekomsten av ulike ”psykotiske symptomer”, være seg eksempelvis hallusinasjoner, i normalbefolkningen (Johns & Os, 2001; Kinderman, 2007).

### 4.2 Variasjon i informantenes forståelse

Informantene gir et rikt og mangfoldig bilde av pasienter med psykose, bygd på høy grad av refleksjon rundt det de ser i sitt arbeid. Det er stor variasjon i framstillingene mellom informantene. Beskrivelsene synes imidlertid å i større grad å være utfyllende enn kontrasterende. På denne måten kan variasjonen i beskrivelsene sees mer som uttrykk for at informantene ønsker å kommunisere aspekter ved psykose eller pasienter med psykose som de er spesielt opptatt av, heller enn at de har ulike oppfatninger. Mange informanter formidler likevel at det er vanskelig å si noe generelt om fenomenet psykose; *hva psykose er, hva som er årsakene, hvordan det utvikles og hvordan prognosen er*. Mange informanter trekker fram

en stress-sårbarhetsmodell, men få gir nærmere beskrivelser av hva de forstår som de spesifikke mekanismene i denne modellen.

Mulige forklaringer på at informantenes beskrivelser av psykose var så varierte, og det at de opplevde det som vanskelig å si noe generelt om psykose, er nært beslektet, og blir derfor behandlet sammen. En grunn til at informantene syntes det var vanskelig å si noe spesifikt om hva psykose er, kan være at de ikke er så opptatt av det. Noen informanter uttrykte at denne problemstillingen ikke var veldig relevant i det kliniske møtet, da hver pasient uansett vil være unik, og viet mer oppmerksomhet til mer praksisnære tema.

Variasjonen hos informantene, og det at det var vanskelig å si noe om psykose, kan reflektere mangel på "grand theories" eller helhetlige modeller på feltet. Dette blir også påpekt på av informantene når de trekker fram at teori og forskning på psykosefeltet er mangelfull og til dels motsetningsfylt. Alanen (1994) påpeker at synspunkter på schizofrenilidelsenes natur er kontroversielle og høyst motsetningsfulle. Det foreligger lite enighet om både årsaker til og mekanismene for utvikling av psykose eller schizofreni (Rund, 2006). Mange av informantene slutter seg til en stress-sårbarhetshypotese for utviklingen av psykose, men dette er en modell som er veldig generell, og gir lite informasjon om hvordan psykosen og de psykotiske symptomene faktisk dannes. Mange av informantene åpner for at en biologisk disposisjon i varierende grad er tilstede hos pasientene. Samtidig uttrykker de at psykose har utgangspunkt i normalpsykologiske prosesser. Disse to perspektivene står tilsynelatende i motsetning til hverandre, og kan tolkes som et resultat av at terapeutene må forholde seg til et motsetningsfylt teoretisk landskap. Flere forskere argumenterer imidlertid for at en hjerneorganisk forståelse og en fenomenologisk psykologisk forståelse lar seg forene (se for eksempel Binder, 2004). Noen forskere hevder at vi er i en omveltningssfase hva angår psykoseforståelse, at en ny forståelse er i ferd med å bli introdusert og integrert (Bentall, 2007; Hagen et al., 2007). Mangel på entydige modeller på feltet kan ha gjort at informantene i relativt stor grad blir overlatt til å lage sine personlige modeller.

En annen forklaring på manglende enhetlige beskrivelser bringer informantene selv opp: psykose er, slik det fremstår hos deres pasienter, ikke et ensartet fenomen. De påpeker at mennesker som på bakgrunn av symptomer inkluderes i begrepene psykose eller schizofreni er for heterogene til at det er meningsfullt å snakke om dem på generelt grunnlag. Dette er også grunnlaget for informantenes forhold til diagnosene slik de nå framstår. Diagnosene blir beskrevet som å være til liten nytte i den kliniske hverdagen, da de ikke gir klinikerne informasjon om forløp, behandling eller prognose. Det har lenge vært satt spørsmålsteget ved diagnosenes validitet (feks Boyle, 1990; P. Chadwick, 2006; Dutta et al., 2007; Hagen et al.,

2007). Allerede i 1911 konkluderte Bleuler med at schizofrenidiagnosen representerte en rekke lidelser, eller ingen lidelse i det hele tatt (Karon & VandenBos, 1981). I ICD10 vises det også til at det eksisterer noe usikkerhet og kontrovers rundt diagnosene, og det påpekes at grupperingene bør ansees som foreløpige (Statens Helsetilsyn, 1999). Nye teoretiske modeller, eksempelvis de kognitive, tar i større grad hensyn til denne heterogeniteten i pasientgruppen, ved å fokusere på kartlegging og behandling av enkeltsymptomer heller enn å behandle *lidelsen* per se (Hagen et al., 2007). Hagen (2007) går så langt som å hevde at man på psykosefeltet er på vei inn i et symptom-paradigme. Dette er imidlertid ikke helt i tråd med våre informanternes framstillinger, da flere av dem beskriver grupperinger blant pasientene basert på fenomenologiske kriterier heller enn symptomatiske. Disse er i særlig grad knyttet til opplevelse av selv. Det er viktig å påpeke at disse beskrivelsene ikke nødvendigvis betyr at informantene ser disse gruppene som enhetlige eller kvalitativt forskjellig fra hverandre, men at de anser dem som mer hensiktsmessige inndelinger av pasienter med psykose enn de som foreligger i dagens diagnosesystem.

Fokuset på pasientens selvopplevelse er i tråd med både psykodynamiske og interpersonlige tilnærminger, hvor de psykotiske symptomene oppfattes som del av en grunnleggende selvforstyrrelse. Flere forskere har satt selvopplevelse i forbindelse med psykotiske lidelser, men da ofte som en konsekvens av pasientenes opplevde stigmatisering heller enn som en del av hovedproblematikken hos pasientene (se for eksempel P. K. Chadwick, 1997; Sells, Stayner, & Davidson, 2004). Møller (2005) argumenterer imidlertid for diagnostisering og behandling av psykose på fenomenologisk grunnlag av med vekt på det han kaller svekket subjektivitet.

#### 4.4 Relasjon som det viktigste i individualterapeutisk behandling

Informantene framstiller det å danne en relasjon til pasienten som det viktigste i terapien. De formidler to ulike grunner til at dette er spesielt viktig for pasienter med psykose: 1) den interpersonlige fungeringen er spesielt svak hos disse pasientene og gir dem store vansker, og 2) bevegelse av de psykotiske symptomene avhenger av en god arbeidsallianse. At psykose er et relasjonelt problem har blitt vektlagt siden Freud brakte inn dette aspektet. Men der hvor Freud så relasjonsproblematikken som noe som umuliggjorde individualterapi, ser våre informanter nettopp relasjonsaspektet som individualterapiens viktigste bidrag. Slik er de mer i tråd med senere dynamiske tilnærminger og særlig interpersonlige teorier som ser på relasjonen til terapeuten som å være det helende elementet. Relasjonen blir et mål i seg selv, da terapeuten gjennom denne kan revalidere pasientens opplevelser, og slik konsolidere realitet. I kognitive teorier blir relasjonen mer beskrevet som en arbeidsallianse som

muliggjør andre intervensjoner. Våre informanter ser ut til å vektlegge begge disse aspektene ved relasjon; både som mål i seg selv, og som middel for andre intervensjoner. Informantene er, ved å vektlegge relasjon, i tråd med forskning på individualterapi, hvor relasjonen mellom pasient og terapeut er det som er funnet å ha mest effekt for utfall av terapien (Miller, Duncan, & Hubble, 2004).

Det beskrevne fokus på relasjon kan sees i sammenheng med det informantene trekker fram som viktige holdninger overfor pasienter med psykose. De er opptatt av å møte pasienten på en respektfull måte, og å ikke devaluere pasientens virkelighetsoppfatning. Slike holdninger kan tenkes å være viktige for å opprette god relasjon til pasienten. Torgalsbøen (2001) har gjort en studie på hva pasienter og terapeuter knytter til positivt utfall av terapien, og funnene fra hennes studie er i overensstemmelse med våre resultater. Hos Torgalsbøen (2001) så pasientene terapeutens egenskaper og menneskelige kvaliteter, som holdninger preget av likeverd, aksept, empatisk forståelse og sikkerhet (confidence) som det viktigste i terapien. Terapeutene pekte på arbeidsalliansen og gjensidig emosjonell investering (commitment) og sympati mellom pasient og terapeut, genuine humanistiske holdninger hos terapeuten og pasientens tro på behandling. Slik ser relasjon og terapeutiske holdninger som fremmer en god relasjon ut til å være de viktigste elementene i terapi ifølge både pasienter og terapeuter.

#### 4.5 Behandlingselementer med fokus på person

Informantene vektlegger behandling som knyttes til person heller enn til psykotiske symptomer. Foruten relasjon, trekker de fram som viktige elementer i individualterapi å skape et forutsigbart og trygt og miljø, drive styrkende terapi, og skape mening i pasientens opplevelser og historier. Dette er intervensjoner som retter seg mot å bekrefte pasientenes grunnleggende eksistens, og å styrke følelsen av et sammenhengende og sterkt selv. Alle de hittil nevnte elementene, inkludert relasjon, er behandling som retter seg mot *personen* og heller enn psykosen eller de psykotiske symptomene. At terapeutene i hovedsak fokuserer på personen heller enn symptomene bekreftes også av at de vektlegger å tilpasse terapien til det enkelte individet, og den spesifikke fasen som pasienten er i. Fokus på person er tydelig i psykodynamiske modeller gjennom vektlegging av ego-støttende terapi eller å øke selvets integritet. Et personfokus finnes også i kognitiv teori, men er her mer knyttet til personens subjektive opplevelse av *de psykotiske symptomene* (Hirschfeld, Smith, Trower, & Griffin, 2005). Nyere kognitive retninger ser imidlertid ut til å bevege seg mer mot et personfokus enn de tidligere modellene (se for eksempel P. Chadwick, 2006; Michail & Birchwood, 2007). Det

våre informanter beskriver av styrkende terapi er også i tråd med de kognitive tilnærmingenes vektlegging av mestring.

#### 4.6 Bruk av teknikker rettet mot de psykotiske symptomene

Informantene beskriver også at de bruker noen intervensjoner som er rettet mot psykosen eller de psykotiske symptomene. Noen av disse går på å skape bevegelse i de psykotiske symptomene, være seg vrangforestillingene eller hallusinasjonene, eksempelvis teknikker som uforkning og uttesting av disse. Andre retter seg mot å endre forholdet pasienten har til sine psykotiske symptomer, eksempelvis teknikker som normalisering og psykoedukasjon. Intervensjonene rettet mot de psykotiske symptomene er lik de som blir beskrevet i kognitive tilnærminger (se for eksempel Dudley et al., 2007). Det er imidlertid sannsynlig at teknikker som normalisering og psykoedukasjon lenge har eksistert innen ulike former for individualterapi, og at de like gjerne kan ha opphav i forståelsen av psykose som et fenomen med utgangspunkt i normalpsykologi. Informantene peker imidlertid på begrensninger ved slike spesifikke teknikker. De blir beskrevet som å kun være nyttige for noen typer pasienter, og i noen faser av forløpet. Vi vil komme tilbake til informantenes holdning til teknikker senere i diskusjonen.

#### 4.7 Menneskelighet

På tvers av informantenes forståelse og synspunkter på behandling synes mye av det som er felles å kunne summeres i et felles prosjekt om å inkludere mennesker med psykose i det menneskelige felleskap. I møte med pasienter med psykose ser det ut til å være sentralt for informantene å forstå dem som mennesker, inkludere dem som mennesker og definere dem som mennesker.

Det kan virke som om terapeutene forsøker å motvirke et skille mellom ”oss” og ”dem”. Det at informantene vektlegger å formidle at mennesker med psykose også er mennesker og må møtes som mennesker, kan tyde på at dette ikke er en selvfølge. En slik nødvendighet av å understreke menneskeligheten hos pasienter med psykose kan skyldes en lang tradisjon av å forstå psykose som noe ikke-menneskelig. Det kan også skyldes at evne til rasjonalitet i dag blir vektlagt som betegnende for mennesket til forskjell fra andre levende vesener. Dermed vil ikke-rasjonalitet, ikke-fornuft eller galskap bli regnet som noe annerledes og nærmest umenneskelig (Foucault, 1999). Den biologiske forståelsesmodellens og sykdomsmodellens innflytelse kan også ha bidratt til nødvendigheten av å understreke pasientenes menneskelighet, ved at denne skiller psykosen ut som noe ”sykt” som ikke kan forklares ut fra normalmenneskelige fenomener. Haugsgjerd (1970) knytter sykdomsforestillingenes lange ”overlevelse” til nettopp et slikt ønske om å skille ”galskapen” fra resten av menneskene og

samfunnet, fordi det kan virke truende å ta inn over seg at "de gale" ikke er veldig forskjellige fra "oss". Han beskriver videre hvordan dette gjør det vanskelig å kvitte seg med et slikt sykdomssyn. Informantene uttrykker at det fortsatt i dag eksisterer et maktapparat bygd på psykiatriens biologiske modeller, og at dette skaper vanskeligheter både for pasientene og for dem selv som behandlere. Informantene kan slik være preget av som psykologer å stadig måtte fronte et syn som innebærer normalitet og kvantitative forskjeller.

"Moral treatment" har tidligere blitt nevnt som starten på den moderne psykiatri (Karon & VandenBos, 1981). Denne behandlingen bygde på et prinsipp om å behandle de sinnssyke som mennesker, og intervensjonene innenfor denne retningen kan ha vært virksomme i kraft nettopp av å gi pasientene en opplevelse av å være en del av det menneskelige og sosiale fellesskap. Satt på spissen kan en tenke at det er besynderlig at vi ikke har kommet lenger i utviklingen av psykososial behandling av pasienter med psykose siden midten av attenhundretallet. Eller en kan tenke at "moral treatment" fanget opp noe som er særlig viktig for pasienter med psykose, og at terapeutene som driver individualterapi i Norge i dag, i likhet med tidligere individualterapeuter, vektlegger de samme tingene. Sullivan (1962) understreker i behandlingen av den psykotiske pasienten: "*From the start, he is treated as a person among persons*" (s. 285), og det kan se ut som om våre informanter følger denne tankegangen.

#### 4.8 Bruk av ulike teoretiske tilnærminger

Heller enn å ha knyttet seg til én spesifikk teori, henter informantene elementer fra ulike tilnærminger. Noen sier at de er forankret i psykodynamisk teori. Mer påtakelig er det imidlertid at de fleste synes å hente inspirasjon fra mange forskjellige teoretiske retninger, og at de varierer når det gjelder hva de bruker fra pasient til pasient, fra fase til fase, og at heller ikke forståelse og behandling av samme pasient nødvendigvis er hentet fra samme teoretiske tilnærming.

Resultatene fra denne studien indikerer at kognitiv forståelse og kognitive atferdsteknikker ikke har erstattet de mer psykodynamiske, men at terapeutene gjør seg bruk av elementer fra kognitiv tilnærming som et supplement som tar større eller mindre plass hos den enkelte.

#### 4.9 Integrering av evidensforskning

De relativt få behandlingsmessige og teoretiske føringene som informantene oppgir å følge, kan tyde på en manglende integrering av behandlingsforskning i praksis. Dette kan tenkes å komme av at de evidensbaserte føringene er relativt nye. Nielsen (1999) sier om psykologer at "*De færreste av oss er godt nok oppdatert på behandlingsforskning. Generelt er praktiserende terapeuter tilbakeholdne både som forskningskonusmenter og*

*forskningsprodusenter*". Imidlertid kan det at de aller fleste av informantene gir uttrykk for at de forholder seg til kognitive tilnærminger, tyde på at manglende kjennskap til behandlingsforskning ikke er tilfelle. De synes å være klar over hva som er den mest evidensbaserte tilnærmingen, men velger å bruke elementer av denne, heller enn å la den erstatte andre tilnærminger.

Det har av flere blitt påpekt en motvilje blant klinikere i psykisk helsevern i Norge mot å bruke evidensbaserte behandlingsmetoder (Rønningen, Mørch, & Ulvund, 1998; Stoltenberg, 2007). Det kan være ulike grunner til dette. For det første baseres evidensforskningen på gruppestudier, og klinikere vet at statistiske resultater ikke nødvendigvis gjør metoden anvendelig i forhold til den individuelle klient de møter. For det andre er gruppene gjerne basert på spesifikke diagnostiske kriterier, mens en i praksis ofte møter klienter med svært sammensatte problemer. For det tredje oppfordres det til manualbasert behandling, og praktikere opplever at det kan være vanskelig å anvende deres egen kliniske ekspertise i en slik kontekst. For det fjerde kan det stilles spørsmål ved hvorvidt utvalgene i evidensforskningen er representative. De aller dårligste pasientene har trolig lite kapasitet til, eller ønske om å delta i slike forskningsprosjekter. Oppsummert kan relevansen til evidensforskningen oppleves som liten for kliniske praksis. To viktige kriterier for god evidensforskning er at den skal være vitenskapelig og klinisk relevant (American Psychological Association statement, 2005). Margison (2003) hevder at det vil være et motsetningsforhold mellom disse to kriteriene, og at det derfor vil foregå et "trade off" av ytre validitet i vektleggingen av den indre.

Reed (2006) argumenterer for at klinikerer på grunnlag av sin kliniske ekspertise må ta så mange vurderinger og hensyn med så stor grad av spesifisitet, at forskning aldri vil kunne være presis nok for klinikerens arbeidsoppgaver. I tråd med dette vektlegger nyere føringer for evidensbasert behandling at best behandling finner sted når en behandlingsform som har funnet støtte i forskning blir integrert med klinisk kunnskap, og tilpasset den enkelte pasient (American Psychological Association statement, 2005). Det blir også påpekt at det som nå ansees som evidensbasert behandling nødvendigvis ikke utelukker annen behandling hvis effektivitet ikke enda er bevist (American Psychological Association statement, 2005).

Noen av informantene våre sier at de har prøvd kognitiv atferdsterapi systematisk, men opplever at den har et begrenset bruksområde. Det at informantene arbeider eklektisk og tilpasser tilnærmingen til den enkelte pasient og faser innen hver pasient, tyder på at de bruker sin kliniske ekspertise til å vurdere nyttheten av ulike empirisk og teoretisk kunnskap i hvert enkelt tilfelle. Det kan se ut som informantene har latt seg inspirere av en rekke ulike teorier,

men at de så har gått utover disse, og laget seg egne forståelses- og behandlingsmodeller, som tar hensyn til heterogeniteten hos pasientene, og fungerer i deres praktiske arbeid.

#### 4.10 Metodologiske betrakninger

Fenomenologisk metode føyer seg inn i en tradisjon av ”intensjonsforskning” hvor målet er å få tak i informantens subjektive opplevelse eller mening (Howe, 1992). Imidlertid kan intensjonen eller meningen ofte komme uklart frem, da mennesker i stor grad lar seg påvirke av eksterne eller mindre kontrollerbare faktorer (Howe, 1992). Slike faktorer kan tenkes å være forhold knyttet til informanten selv, eller det kan være forhold knyttet til situasjonen hvor informasjonsinnhenting foregikk.

Våre forforståelser kan ha hatt påvirkning for resultatene. Det er sannsynlig at vi i noen tilfeller har tatt for gitt at vi har forstått informanten, mens vi i virkeligheten bygger denne forståelsen på egen forforståelse heller enn på informantens mening. Vi har imidlertid forsøkt å begrense at dette har fått for store konsekvenser ved at informantene selv har hatt mulighet til å korrigere vår oppfattelse og bruk av deres utsagn.

Det kan pekes på flere metodologiske komponenter som kan ha forsterket variasjonen mellom terapeutene, og ført til at de framstår som å ha mer ulike forståelser eller behandlingsmetoder enn det egentlig er grunn for. Slike begrensninger kan være knyttet til intervjuernes interesse for ”nye” elementer i framstillingene; elementer som ikke var blitt nevnt av andre terapeuter. Ved at denne interessen ble kommunisert mer eller mindre bevisst, kan det ha ledet til at informantene har fokusert på forskjellige aspekter. Intervjuenes begrensede lengde kan ha ført til at de ulike informantene ble begrenset i form at av de bare rakk å trekke frem deler av sin forståelse. Dersom intervjuene hadde vært mer uttømmende kunne flere av de samme temaene gjentatt seg hos de forskjellige informantene. Vårt inntrykk er likevel at informantene fikk formidlet det de ønsket på den tiden vi hadde tilgjengelig. Dette ble underbygget av at den ekstra tiden i de intervjuene som gikk utover en time ikke ga mye ny informasjon. Selv om intervjuernes påvirkning og intervjuets begrensede lengde kan ha hatt noe påvirkning på resultatene, er det sannsynlig at informantene i intervjuene har fokusert på det de mener er mest sentralt for forståelse og behandling av pasienter med psykose, og at resultatene viser at de er opptatt av ulike aspekter. Det er slik rimelig å anta at der er faktisk variasjon mellom informantene.

Det er ikke kvalitative studiers hensikt å sikre generaliserbarhet, men heller å frambringe ny kunnskap om fenomener eller sider ved fenomener man ikke vet så mye om. Det er likevel et interessant spørsmål om resultatene fra denne studien kan generaliseres til å si noe om forhold utover den konteksten de forekom, og ble skapt, i. Resultatene er bygd på et



relativt lite antall informanter som alle er fra Oslo eller Bergen-området. En kunne tenke seg at det finnes ulike miljøer tilknyttet andre geografiske områder som vil karakteriseres av en annen tenkning enn våre informanter har gitt uttrykk for. Informantene har imidlertid variert bakgrunn og det er ikke noe som tyder på at det var noen spesifikke ideer eller spesielle tilnærminger knyttet til Bergen eller Oslo. Resultatene viser tvert imot mye variasjon. Det er slik grunn til å tro at funnene er typiske for vanlig praktiserende psykoterapeuter, som ikke er tilknyttet spesielle forskningsmiljøer.

#### 4.11 Konklusjon og fremtidige utfordringer

Informantenes uttalelser i denne studien preges av at det mangler en enhetlig forståelse av, eller modell for psykose. P. K. Chadwick (1997) påpeker at en konsekvens av mangel på koherente og konsensusbaserte modeller blant profesjonelle helsearbeidere er at det skaper forvirring hos pasientene og minsker tiltro til systemet. Det følger av dette at en viktig oppgave for psykosefeltet er å skape gode forståelsesmodeller for psykose; som feltet kan enes om. Ifølge informantene vil dette innebære en revurdering av de nåværende teoretiske konseptualiseringer av psykose og diagnosene tilknyttet psykosesymptomene. P. Chadwick (2006) påpeker viktigheten av en god konseptualisering av en lidelse også for behandling av denne: *"It is our view that the major impediment to clinical cognitive approaches in this area has been the very concept of schizophrenia itself"* (s. 1). Informantenes utsagn i denne studien kan tenkes å være toneangivende for hvilke kriterier som ville være mer nyttige som grunnlag for diagnostisering av psykoselidelser. Dagens diagnostiske kategorisering bygger på kraepelinske ideer om at det på lik linje med fysiologisk patologi er mulig, på bakgrunn av symptomer, å identifisere "psykiatriske sykdommer" med et typisk onset, forløp og utfall. Informantenes tanker om hva som ville vært mer meningsfulle diagnoser er imidlertid mer i tråd med en klientfokusert tenkning, hvor det kategoriseres etter fenomenologi (opplevelsesnære diagnoser), og behandles i tråd med dette eller hva pasientens opplever han/hun har behov for. Et slikt opplegg er utviklet av for eksempel Møller (2005) med hans fokus på subjektiv identitet.

I behandling vektlegger informantene intervensjoner som er personfokusert heller enn symptomfokusert. P. K. Chadwick (1997) påpeker at et slikt fokus gir pasientene større tiltro til behandleren. Våre informanter formidler at det viktigste i terapien er relasjonen til pasienten. En god terapeutisk relasjon har lenge vært kjent som den viktigste faktoren for effekt av psykoterapi, og det finnes mye forskning på dette (Miller et al., 2004). Men det finnes lite forskning på relasjonsaspektet i terapi spesifikt knyttet til pasienter med psykose. Våre informanter peker på at dette er spesielt vanskelig, og utforskning av det relasjonelle

aspektet ved psykoseterapi og hva som er viktig i alliansebygging for pasienter med psykose vil være framtidige utfordringer for forskningen på psykosebehandling. Informantene er opptatt av tilpasning av behandlingen til den enkelte pasient og hva denne har behov for i gitte perioder. Mange forskere har etterlyst forskning som ser på hva som passer for hvem (Torgalsbøen, 2001). Våre resultater tyder på at det ved psykose bør legges til en ytterligere dimensjon for denne modellen; hva som passer for hvem *når*.

En måte å øke integreringen mellom forskning og praksis er å integrere aktørene, de forskningen har direkte relevans for, i forskningen (Howe, 1992). I forskning på hva som er effektiv individualterapeutisk behandling av psykose, vil både terapeuter og pasienter være aktører. Howe (1992) peker på viktigheten av å inkludere aktørene for å gi dem en stemme i forbindelse med hva som er verdt å forske på, og hvordan, samt at aktørene er i en bedre posisjon til å tolke den komplekse konteksten som data forekommer, og skal brukes i (Howe, 1992). I denne studien har det vært vektlagt å få frem synspunkter til en av de to sentrale aktørene i individualterapi med pasienter med psykose– terapeutene. Med sin rike erfaringsbakgrunn og betydelige kliniske ekspertise er terapeutenes formidlinger et viktig og verdifullt bidrag til mangfoldet av kunnskap på feltet.

Referanser

- Alanen, Y. O. (1994). Schizophrenia and psychotherapy. In Y. O. Alanen, E. Uglestad, B.-Å. Armelius, K. Lehtinen, B. Rosenbaum & R. Sjöström (Eds.), *Early treatment for schizophrenic patients. Scandinavian psychotherapeutic approaches*. Oslo: Scandinavian university press.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR-4<sup>th</sup> ed., text revision*. Washington: DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association statement. (2005). Policy statement on evidence-based practice in psychology. Retrieved 10.10, 2007, from <http://www2.apa.org/practice/ebpstatement.pdf>
- Axelsen, E. (1997). *Symptomet som ressurs*. Oslo: Pax Forlag.
- Bentall, R. P. (2007). The new psychology and treatment of psychosis. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44(5), 524-526.
- Binder, P.-E. (2004). Psykosens hjemløshet -del 1. Et rom for en psykodynamisk orientert fenomenologi i hjernens tidsalder. *Nordisk Psykologi*, 56(3), 218-232.
- Boyle, M. (1990). *Schizophrenia. A scientific delusion?* New York: Routledge.
- Brudal, P. J. (1999). *Psykoser og psykoseterapi*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: Wiley.
- Chadwick, P., Barnbrook, E., & Newman-Taylor, K. (2007). Responding mindfully to distressing voices: Links with meaning, affect and relationship with voice. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44(5), 581-587.
- Chadwick, P. K. (1997). Recovery from psychosis: Learning more from patients. *Journal of Mental Health*, 6(6), 577-588.
- Charmaz, K. (2003). Grounded Theory. In J. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. CA: Sage Publications.
- Davidson, L., Harding, C., & Spaniol, L. (Eds.). (2005). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice*. Boston: Boston University.
- Dickerson, F. B. (2000). Cognitive behavioural psychotherapy for schizophrenia: A review of recent empirical studies. *Schizophrenia Research*, 43, 71-90.
- Dudley, R., Bryant, C., Hammond, K., Siddler, R., Kingdon, D., & Turkington, D. (2007). Techniques in cognitive behavioural therapy: Using normalising in schizophrenia. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44(5), 562-571.
- Dutta, R., Greene, T., Addington, J., McKenzie, K., Philips, M., & Murray, R. (2007). Biological, life course, and cross-cultural studies all point toward the value of dimensional and developmental ratings in the classification of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 868-876.
- Farhall, J., & Cotton, S. (2002). Implementing psychological treatment for symptoms of psychosis in an area mental health service: The response of patients, therapists and managers. *Journal of Mental Health*, 11(5), 511-522.
- Fog, J. (1994). *Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk forlag.
- Foucault, M. (1999). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder* (F. Engelstad & E. Falkum, Trans. 3 ed.). Oslo: Gyldendal.
- Freud, S. (1957). On Narcissism: An introduction (J. Strachey, Trans.). In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1986). Neurosis and psychosis. In A. Freud (Ed.), *The essentials of psychoanalysis*. Harmondsworth: Penguin.

- Friis, S., & Larsen, T. K. (2002). Har individuell psykoterapi noen plass i behandling av psykose. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 22, 2210-2212.
- Georgio, A. (Ed.). (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg: Duquesne university press.
- Hagen, R., Berge, T., & Gråwe, R. W. (2007). Towards a new understanding of psychosis. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44(5), 522-523.
- Hansen, V. (Ed.). (2000). *Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling* (Vol. 9-2000). Oslo: Statens Helsetilsyn.
- Haugsgjerd, S. (1970). *Nytt perspektiv på psykiatrien*. Oslo: Pax Forlag.
- Hill, C. E., Thomson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25(4), 517-572.
- Hingley, S. M. (2006). Finding meaning within psychosis. The contribution of psychodynamic theory and practice. In J. O. Johannessen, B. V. Martindale & J. Cullberg (Eds.), *Evolving psychosis*. New York: Routledge.
- Hirschfeld, R., Smith, J., Trower, P., & Griffin, C. (2005). What does psychotic experiences mean for young men? A qualitative investigation. *Psychology and psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 249-270.
- Hogarty, G. E., Greenwald, D., Ulrich, R. F., Kornblith, S. J., DiBarry, A. L., Cooley, S., et al. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1514-1524.
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. F., Greenwald, D., DiBarry, A. L., Cooley, S., Flesher, S., et al. (1995). Personal Therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 379-393.
- Howe, K. R. (1992). Getting over the quantitative-qualitative debate. *American Journal of Education*, 100(2), 236-256.
- Johns, L. C., & Os, J. V. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-11141.
- Jung, C. G. (1960). *The psychogenesis of mental disease*. New York: Pantheon Books.
- Karon, B. P., & VandenBos, G. R. (1981). *Psychotherapy of schizophrenia. The treatment of choice*. New York Rowman & Littlefield Publishers.
- Kinderman, P. (2007). Auditory hallucinations. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44(5), 548-554.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2005). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Klein, M. (1986). Notes on some schizoid mechanisms. In *The Selected Melanie Klein*. London: Penguin Books.
- Kvale, S. (1994). *Interview. En introduksjon til det kvalitative forskningsinterview* (B. Nake, Trans.). København: Hans Reitzels forlag.
- Laing, R. D. (1972). *Det spaltede selv. En eksistensialistisk studie af tilregnelighed og galskab* (J. Lumbye & V. Sparre-Ulrich, Trans. 2 ed.). København: Jørgen Paludans Forlag.
- Lecomte, T., & Leclerc, C. (2007). Implementing cognitive behaviour therapy for psychosis: Issues and solutions. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44(5), 588-597.
- Lærum, E. (2005). *Frisk, syk eller bare plaget? Innføring i medisinsk nøkkeltkunnskap*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Malt, U. F., Rettersdøl, N., & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning -en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Margison, F. (2003). Evidence-based medicine in the psychological treatment of schizophrenia. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 177-190.
- Michail, M., & Birchwood, M. (2007). Social phobia and depression in psychosis. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44(5), 537-547.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (2004). Beyond integration: The triumph of outcome over process in clinical practice. *Psychotherapy*, 10(2), 2-19.
- Møller, P. (2005). Schizofreni og selvet -eksistensielle perspektiver på forståelse og utredning. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 8(125), 1022-1025.
- Nielsen, G. H. (1999). Psykoterapi som kunnskapsbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 436-446.
- Nøtnæs, C. J., & Marø, A. K. (2006). *Oss og dem. Om relasjonsaspektet i psykoanalytisk og kognitiv forståelse av terapi av psykose*. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Peters, E. R. (2007). Assessment in psychosis. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44(5), 527-536.
- Reed, G. M. (2006). Clinical expertise. In J. C. Norcross, L. E. Bleutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rund, B. R. (2006). Schizofreni -klinisk bilde og utbredelse. In B. R. Rund (Ed.), *Schizofreni*. Stavanger: Hertevig Forlag.
- Rønningen, J. A., Mørch, W.-T., & Ulvund, S. E. (1998). Utfordringer i utviklingen av evidensbasert klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 35, 1068-1074.
- Saggese, M. L. (2005). Maximizing treatment effectiveness in clinical practice: An outcome-informed approach. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(4).
- Sells, D. J., Stayner, D. A., & Davidson, L. (2004). Recovering the self in schizophrenia: an integrative review of qualitative studies. *Psychiatric Quarterly*, 75(1), 87-97.
- Smith, J. A. (2003). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. In J. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. CA: Sage Publications.
- Statens Helsetilsyn. (1999). *ICD10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Steffensen, V. (2007). Psykologisk behandling for schizofreni på sengepost. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 3, 148-150.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Orange, D. M. (2002). *Worlds of experience. Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R. D., Bradchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: an intersubjective approach*. Hillsdale: Analytic Press.
- Stoltenberg, S. M. K. (2007). Kasusbeskrivelser og forandringsprosesser i terapi med barn: Bidrag til en kunnskapsbasert klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 11-16.
- Sullivan, H. S. (1962). The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia. In H. S. Sullivan (Ed.), *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company.
- Sundet, K. (2006). Nevropsykologisk funksjonssvikt ved schizofreni. In B. R. Rund (Ed.), *Schizofreni*. Stavanger: Hertevig Forlag.
- Torgalsbøen, A.-K. (2001). Consumer satisfaction and attributions of improvement of fully recovered schizophrenics. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42(1), 33-40.

Aanonsen, A.-M. (2007). psychosis and the mission of professional psychology. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44(5), 521.

## Appendiks 1

### intervjuguide

#### **Hvilken type kontakt har du hatt med pasienter med psykose?**

Forslag til spørsmål:

Hva slags erfaring har du med behandling av pasienter med psykose?

Hva slags kontakt har du med pasienter med psykose nå?

#### **Forståelse av psykose**

Forslag til spørsmål:

Hvordan forstår du psykose, eller hva tenker du at det er?

Hva tenker du er årsaken til psykose?

Hva tenker du om fenomenene en gjerne kaller vrangforestillinger eller hallusinasjoner- hva slags mening tillegger du det? (eks?)

Har forståelsen din forandret seg i løpet av den tiden du har arbeidet med pasienter med psykose?

Er det noe som er annerledes/spesielt med å jobbe med pasienter med psykose?

#### **Behandling**

Forslag til spørsmål:

Kan du gi en beskrivelse av hva du gjør i behandlingen?

Hva er viktige elementer i behandling?

Hva opplever du pasientene i hovedsak sliter med og ønsker eller trenger hjelp til?

**Hvordan forholder du deg til det psykotiske innholdet i terapien.**

Hvilken form for kunnskap eller erfaring gjør du deg bruk av i ditt arbeid med pasienter med psykose?

#### **Hva kan oppnås gjennom terapi?**

Forslag til spørsmål:

Hva tenker du pasienter med psykose kan oppnå gjennom terapi?

Hva er det viktigste terapien gjør for pasienten?

#### **Opplevelse**

Forslag til spørsmål:

Hvordan synes du det er å jobbe med pasienter med psykose?

#### **Avslutningsspørsmål**

Har du fått noen nye tanker i løpet av intervjuet?

Er det noe annet jeg ikke har spurt om som du synes er viktig å ha med?

Har du noen kommentarer eller spørsmål?

## Appendiks 2

### Informasjonsskriv

Til.....

Vi kontakter deg i forbindelse med vårt hovedoppgave prosjekt hvor vi er ute etter informanter som har betydelig erfaring med individualterapi med pasienter med psykose. I denne sammenheng har vi blitt anbefalt å snakke med deg.

Psykosefeltet representerer en stor utfordring for behandlere, og etter vårt inntrykk opplever mange psykologer at de har manglende kompetanse i forhold til psykoseproblematikk. Derfor ønsker vi å utforske hvordan dere som har erfaring innen feltet faktisk forstår, arbeider og opplever individualterapi med denne pasientgruppen.

Vår forespørsel til deg er om du kunne tenke deg å være med på en times intervju. Intervjuet vil være semistrukturert og vi ønsker å komme inn på følgende temaer:

**Hvordan forstår du psykose?**

**Hvordan driver du individualterapi med psykotiske pasienter?**

**Hva tror du kan oppnås for psykotiske pasienter gjennom psykoterapi?**

**Hva er din opplevelse av å jobbe med psykotiske pasienter?**

Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, transkribert og brukt til en kvalitativ analyse. Funnene vil bli presentert i en hovedoppgave. Intervjuerne er underlagt taushetsplikt. Lydopptak og transkribert materiale vil bli lagret i anonymisert form under arbeidet med prosjektet. Lister med navn og kontaktopplysninger vil oppbevares separat, og vil ikke kunne knyttes til datamaterialet. Alle rådata og navnelister vil bli makulert ved prosjektets slutt, i november 2007. Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Deltakelse er frivillig og samtykke kan trekkes tilbake på ethvert tidspunkt uten å oppgi grunn.

Hvis du vil sender vi deg gjerne et eksemplar av den ferdige hovedoppgaven.

Vennlig hilsen

Ragna Erdal-Aase  
[ragna.erdal-aase@student.uib.no](mailto:ragna.erdal-aase@student.uib.no)  
Det psykologiske fakultet  
Christiesgate 13  
7807 Bergen

Maria Due-Tønnessen  
[mardue@gmail.com](mailto:mardue@gmail.com)  
Psykologisk institutt  
Postboks 1094 Blindern  
0317 Oslo

under veiledning av

Helge Holgersen  
Det psykologiske fakultet  
Christiesgate 13  
7807 Bergen

Sissel Reichelt  
Psykologisk institutt  
Postboks 1094 Blindern  
0317 Oslo

Samtykkeerklæring



Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Dato

Signatur