

Psykose og Selvopplevelse

- En fenomenologisk hermeneutisk studie



Av Hedvig Johanne Seilø

Levert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2010

Sammendrag

Forfatter: Hedvig Johanne Seilø

Tittel: Psykose og Selvopplevelse – En fenomenologisk hermeneutisk studie

Veileder: Kirsten Benum

Psykoselidelsene utgjør en heterogen og lite forstått gruppe lidelser, med fortsatt ukjent etiologi. Psykoser som vedvarer over tid koster det norske samfunn mer enn all hjertesykdom, all kreftsykdom og alle revmatiske lidelser (Johannessen, 2002). De menneskelige kostnadene knyttet til psykose kan ikke måles i kroner og øre. De psykotiske opplevelsene innebærer en fremmedgjøring av selvet og omverdenen og medfører følgelig en dyp eksistensiell ensomhet.

Søk gjort i databasen Medline viser at kun 0.17% av artiklene som omhandler psykose, innebefatter subjektiv opplevelse, en marginal proporsjon av publikasjonene. De som sitter på førstehåndsinformasjon utgjør per i dag en lite utnyttet kilde til kunnskap innenfor psykisk helsevern. Det synes klart for meg at det kreves ytterligere innsats fra behandlingsapparatet i forhold til å forstå denne pasientgruppen bedre og likeledes yte bedre hjelp.

Min kvalitative studie har som siktemål å avdekke hvilke tilgjengelige forutsetninger for selvopplevelse som foreligger ved psykose, hvilke implikasjoner psykosen har for selvopplevelse og hvordan selvforstyrrelsen manifesterer seg i beskrivelser av opplevelsen av det å være psykotisk og det å være seg selv. Studien er et selvstendig, uavhengig forskningsprosjekt. Undertegnede er ansvarlig for gjennomføring av intervjuer og forvaltning av datamaterialet. Jeg har benyttet meg av en egenhendig utformet intervjuguide; Semistrukturert Intervju for Selvopplevelse ved Psykose. Utvalget består av fire personer, to kvinner og to menn, i alderen 25-58 år, samtlige diagnostisert med F.20.0 – paranoid schizofreni.

Min teoretiske forståelse er forankret i psykodynamisk/ selvpsykologisk perspektiv, hvor de psykotiske symptomene anses som meningsfulle reaksjoner, som yter en funksjon som forsvar mot noe som ellers ikke ville ha vært til å holde ut. Informantenes beskrivelser avdekker forstyrrelse i selvopplevelsen og grunnleggende usikkerhet knyttet til validiteten av egne opplevelser. Skam, tilkortkommenhet, ensomhet og savn, samt høyere sensitivitet for omgivelsene er gjennomgående tema. Sosial isolasjon, som forsøk på mestring, bidrar til ytterligere fremmedgjøring av selvet og omverdenen. Studien viser at mennesker som har en psykose utvilsomt har mye å bidra med i forhold til å løfte kompetansen innen psykosefeltet.

Kreditering

Takk til Magnus Sjöstrand, uten din hjelp hadde det ikke blitt noen oppgave. Jeg vil rette en stor takk til Jan Hageselle, som hjalp meg med å oppdrive informanter da jeg trodde alt håp var ute. Takk til min veileder Kirsten Benum for all støtte og konstruktive tilbakemeldinger – takk for at du skapte orden i kaos. Sist, men ikke minst, ønsker jeg å uttrykke min dypeste takknemlighet overfor informantene som har bidratt med helt unike, ukunstlede og innsiktsfulle beskrivelser. Jeg føler meg privilegert som har fått lov til å møte så flotte og interessante mennesker, som jeg har lært så mye av, i mitt hovedoppgavearbeide. Jeg hadde aldri trodd at denne prosessen skulle få meg til å føle meg så utarmet, og samtidig så rik.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	i
Kreditering	ii
1.0 Innledning	1
DEL I – BEGREPSAVKLARING	
1.1 <i>Hvorfor bruke psykose fremfor schizofreni?</i>	3
1.2 <i>Stress-sårbarhetsmodellen</i>	4
1.3 <i>Distinksjon mellom normalitet og galskap</i>	6
DEL II – SYMPTOMATOLOGI OG KLASSIFIKASJON	
2.0 Historisk begrepsutvikling	8
2.1 <i>Emil Kraepelin og oppdagelsen, eller oppfinnelsen av dementia praecox</i>	8
2.2 <i>Paul Eugen Bleuler - Schizofreniens far</i>	9
2.2.1 <i>Bleulers fire A-er og én viktig D som alle glemmer</i>	9
2.3 <i>Kurt Schneider og symptomer av første og annen rang</i>	9
2.4 <i>Positive, negative – og disorganiserte symptomer</i>	10
2.5 <i>Betydning for diagnostisering</i>	11
DEL III – DEN PSYKOTISKE OPPLEVELSEN	
3.0 Den subjektive opplevelsen ved psykose	12
3.1 <i>Fenomenologisk basert psykoseforståelse</i>	16
DEL IV – HVORDAN FORSTÅS PSYKOSEN I PSYKODYNAMISK PERSPEKTIV	
4.0 Teoretisk forankring	17
4.1 <i>”Selvforsvarets” siste skanse</i>	17
4.2 <i>Psykose og i psykoanalytisk tradisjon</i>	19
4.2.1 <i>Konflikt og mangel</i>	19
4.2.2 <i>Den traumatiske tilstand og ulike former for angst</i>	19
4.2.3 <i>Freuds bidrag til den psykodynamiske psykoseforståelsen</i>	20
4.2.4 <i>Primærprosesser og sekundærprosesser</i>	20

4.2.5 Regresjon i jegets tjeneste	21
4.2.6 Freuds <i>Versagung</i> (frustrasjon)	21
4.2.7 Freuds tolkning av Schrebers memoarer	22
4.3 <i>Harry Stack Sullivans Interpersonlige perspektiv</i>	25
4.4 <i>Ronald David Laing og den Ontologiske usikkerheten</i>	27
4.4.1 Hovedskillet mellom Freuds og Sullivans psykoseforståelse	27
4.5 <i>Kleiniansk objektrelasjonsteori</i>	28
4.5.1 Paranoid-schizoide posisjon og depressiv posisjon	28
4.5.2 Dødsinstinkt og destruktivitet	28
4.6 <i>Winnicott og det falske selv – og det sanne selv</i>	30
4.7 <i>Selvpsykologisk perspektiv som grunnlag for psykoseforståelse</i>	31
4.8 <i>Psykose i et traumeperspektiv</i>	33
4.8.1 Hva er egentlig et traume?	34
4.8.2 Skammen rammer hele selvet	35
4.8.3 Ligner ikke psykose på dissosiasjon?	35
4.9 <i>Psykodynamisk psykoseforståelse oppsummert</i>	36

DEL V – MIN STUDIE AV PSYKOSE OG SELVOPPLEVELSE

5.0 Presentasjon av studien	37
5.1 <i>Formål</i>	37
5.2 <i>Problemstilling</i>	37
5.3 <i>Metode</i>	37
5.3.1 Data og data analyse	37
5.3.2 Kontekstuell ramme for studien	38
5.3.3 Utvalg	38
5.3.4 Instrument	39
5.3.5 Gjennomføring av datainnsamling	39
5.3.6 Rekrutteringsprosedyre	39
5.3.7 Samtykke	39
5.3.8 Etske argumenter	40
5.3.9 Empiriske argumenter	40
5.4 <i>Resultater</i>	41
5.4.1 Tap av selvet og sammenheng	41

5.4.1.1	<i>Selvmotsigende selvbeskrivelse som uttrykk for selvtap</i>	41
5.4.1.2	<i>Usammenhengende tale – Usammenhengende selv</i>	43
5.4.1.3	<i>Opplevelse av tvil og usikkerhet som følge av selvforstyrrelsen</i>	43
5.4.1.4	<i>Paranoide ideer som indikasjon på mangelfull individualisering</i>	45
5.4.1.5	<i>Opplevelse av tap av kontroll som tilsvarende på tap av selvet</i>	45
5.4.2	Forsøk på å skape mening og selvforståelse	46
5.4.2.1	<i>Tanker om forløpere til psykotiske gjennombrudd</i>	46
5.4.2.2	<i>Egne beskrivelser av psykosen: Opplevelse av mening og sammenheng</i>	47
5.4.2.3	<i>Behov for stadig selvbekreftelse for opplevelse av mening med tilværelsen</i>	50
5.4.2.4	<i>Interpersonlig sensitivitet: Selvverdiens valør er prisgitt andres forgodtbefinnende</i>	51
5.4.3	Selvfølelse og mestring	51
5.4.3.1	<i>Krenkelse av selvfølelsen medfører skam</i>	51
5.4.3.2	<i>Skamfølelse og utilstrekkelighet som skaper brudd i selvopplevelsen</i>	53
5.4.3.3	<i>Isolasjon som forsøk på mestring av uhåndterlig fragmenteringsangst</i>	55
5.4.3.4	<i>Fokus på prestasjoner som forsøk på mestring og reparasjon</i>	57
5.4.4	Hinder og håp – på veien videre	58
5.4.4.1	<i>Psykosens innvirkning på subjektiv opplevelse av livskvalitet</i>	58
5.4.4.2	<i>Tanker om hva som er til hjelp</i>	59
6.0	Diskusjon	61
6.1	Fellestrekk i informantenes beskrivelser	61
6.2	Virker dynamisk psykoseforståelse meningsfull i lys av informantenes beskrivelser?	62
6.2.1	<i>Beskrivelse av et falskt selv</i>	62
6.2.2	<i>Manglende selv-objekt konstans</i>	63
6.2.3	<i>Ontologisk usikkerhet</i>	63
6.2.4	<i>Freuds tanker om selvhelbredelse</i>	64
6.2.5	<i>Beskrivelse av konflikt</i>	64
6.2.6	<i>Beskrivelse av mangel</i>	64
6.2.7	<i>Et hvert psykopatologisk symptom beskytter mot noe som er enda verre – Psykosens funksjon: om psykose som forsøk på mestring</i>	65

6.2.8 <i>Psykosen både dekker over og forteller en historie</i>	
– <i>De psykotiske symptomene er meningsfulle</i>	65
6.3 Kliniske implikasjoner for psykologisk behandling av psykose	66
6.4 Konklusjon	68
Epilog: <i>"Fra en annen virkelighet"</i> av Gunvor Hofmo (1948)	69
Referanseliste	70

Appendiks A: Semistrukturert Intervju for Selvopplevelse ved Psykose:

Fenomenologisk Kartlegging, Versjon 1.1

Appendiks B: Forespørsel om deltakelse/ Samtykke til deltakelse i studien

1.0 Innledning

Psykose (fra gresk *psyche*, «sinn» og *-osis*, «abnorm tilstand») referer ikke til én bestemt lidelse, men er en fellesbetegnelse som brukes når vi får inntrykk av at mennesker mister kontakten med vår felles virkelighet. Per i dag finnes det ingen veldokumentert biomedisinsk forklaringsmodell på hvorfor noen utvikler psykotiske symptomer. Over 100 år etter Emil Kraepelins første beskrivelser av *dementia praecox* i 1893 (Read, Mosher & Bentall, 2004) hersker det fortsatt ingen enighet i forhold til om psykoselidelsene skyldes en degenerativ lidelse, slik Kraepelin postulerte, eller en nevroutviklingsforstyrrelse, eller like gjerne en kombinasjon, eller ingen av delene. Studier som har hatt som siktemål å avdekke strukturelle og funksjonelle forandringer har vært både inkonklusive og kontradiktive. I neuroimaging-studier hvor man har funnet nevrobiologiske abnormiteter har disse foreløpig ikke latt seg forklare, og det kan heller ikke påvises hvilke forandringer som foreligger *i forklant* av psykosedebut og hvilke som er *ervert* under psykose. Vi kan anta at det foreligger en polygenetisk sårbarhet hos noen individer, men psykose forblir inntil videre *en av de store gåtene* innen moderne biomedisin. Professor Ole A. Andreassen ved Universitetet i Oslo og leder for TOP (Tematisk område psykososer) uttalte i 2009 at det ikke er funnet noen åpenbare feil i hjernen eller arvestoffet som forklarer hvorfor noen utvikler psykose (Fugelsnes, 2009).

Årsaken til psykose var noe som opptok meg allerede tidlig i studiet, da fokus var rettet mot forskningsområder som genetik, sansefysiologi, nevrobiologi og nevroanatomi.

Ut i fra denne interessen foretok jeg en meta-analyse av publiserte neuroimaging studier på psykoselidelse i et forsøk på å sammenfatte funnene som fantes – i håp om å forstå noe mer, noe som kun resulterte i *enda større forvirring*. Det som slo meg til slutt var at det ikke hadde noen større betydning om cytopatologi og tap av nevroner og synapser etterfølges av gliose eller ei – i psykoterapeutisk behandling. Som kliniker møter man uansett ikke forstørrede ventrikler og dopaminerg dysregulering i prefrontal cortex, men *mennesker i dyp personlig krise*, mennesker som har opplevd å miste kontinuiteten i selvopplevelsen – de har "mistet seg selv". Denne erkjennelsen gjorde at jeg mistet den store interessen for nevrovitenskap og ønsket heller å fokusere på de menneskelige aspektene ved den psykotiske opplevelsen. Årsaken til psykose er gjerne multifaktoriell. Psykose kan være en reaksjon på store ytre påkjenninger som kan utløses hos alle og enhver under ekstreme former for stress (Monsen, 1990). Min oppfatning er således per i dag, at psykose er noe *mindre sykkelig* og *mer menneskelig* enn jeg antok da jeg begynte på profesjonsstudiet i psykologi.

Mennesker som utviser psykosesyntomer som vedvarer over lang tid, blir ofte uføretrygdet og trenger som regel livslang støtte og oppfølging. Denne pasientgruppen koster det norske samfunn mer enn all hjertesykdom, all kreftsykdom og alle revmatiske lidelser hver for seg (Johannessen, 2002). Det synes derfor klart for meg at det kreves ytterligere innsats fra behandlingsapparatet i forhold til å forstå denne pasientgruppen bedre og likeledes yte bedre hjelp. For å kunne imøtekomme denne gruppens behov vil det, etter mitt skjønn, være essensielt å høre hva de som sitter på førstehåndsinformasjon tenker om det de har opplevd. Økt kunnskap om egenopplevelsen hos pasienter med psykose er av klinisk verdi for å kunne forstå, anerkjenne og behandle denne gruppen pasienter på en adekvat måte. Som behandler begår man et medmenneskelig og eksistensielt forrederi, hvis man ikke insisterer på å forstå, men i stedet distanserer seg og tilstreber en objektiv beskrivelse og forklaring av psykiske lidelser (Laing, 1960). Denne betraktningen er ingen nye idé, men det har allikevel ikke vært noen direkte henrivende utvikling på området i løpet av de 70 årene som har passert siden Laing kom med denne fundamentale påstanden. Holdningene til – og forståelsen av prediktive og prognostiske faktorer ved psykose har endret seg noe, men det finnes stadig rom for forbedringer i forhold til den manglende respekten for pasientenes egen opplevelse og forståelse, som fortsatt eksisterer innen psykisk helsevern. Min antagelse er at dette ikke skyldes kollektiv neglekt eller infamitet blant behandlere, men snarere manglende bevisstgjøring og en usikkerhet som bunner i utilstrekkelig kompetanse på området.

Pasientene forblir uansett den dårligst utnyttede kilden til kunnskap. Jeg tror at økt fokus på den subjektive opplevelsen ved psykose kan bidra til at kompetansen heves og at synet endres i forhold til hva de psykotiske symptomene egentlig dreier seg om. Min teoretiske forankring er psykodynamisk. Psykodynamisk psykoseforståelse har som utgangspunkt i at psykotiske symptomer er meningsfulle og forteller en historie, samtidig som de forsøker å maskere eller dekke over en historie. Dette er en innfallsvinkel som gir mening for meg, men om den gir mening for de som selv har en psykose, det gjenstår å se. Det er blant annet dette jeg ønsker å avdekke gjennom min fenomenologiske studie.

I 2010 er pasientene fremdeles den dårligst utnyttede kilden til kunnskap innen psykisk helsevern. Fenomenologi har fått lite oppmerksomhet i forskningen som har vært gjort på psykotiske lidelser. Et søk i databasene Medline og PsycInfo viser at kun 0.17% og 0.33% av artiklene som omhandler psykose innebærer subjektiv opplevelse – en marginal proporsjon av publikasjonene. Det kreves altså ytterligere innsats på dette området.

DEL I – BEGREPSAVKLARING

1.1 Hvorfor bruke psykose fremfor schizofreni?

Psykose er en betegnelse på en rekke bevissthetstilstander som en person kan gå inn og ut av. Psykose er ikke tydelig operasjonalisert i ICD-10 (International Classification of Diseases). Bruken av begrepet impliserer ingen antagelser om psykodynamiske mekanismer, men indikerer bare tilstedeværelse av hallusinasjoner, vrangforestillinger eller et begrenset antall alvorlige adferdsavvik som kraftig ekstasjon, overaktivitet, tydelig psykomotorisk retardasjon eller kataton adferd (ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelse: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer). Grunnet uklar definisjon brukes ikke psykosetermen like ofte i forskning som den diagnostiske termen ”schizofreni”. Begrepet psykose er videre og inngår som ledd i symptomutformingen ved Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser - F20-F29 i ICD-10. Schizofreni klassifiseres i ICD-10, fra de andre psykoselidelsene ved lengre varighet (minst én måned), alvorlig nedsettelse av funksjon, ekskludering av uttalte depressive eller maniske symptomer forut for psykosedebut, samt andre sykdommer som kan forklare symptomene. Symptomene skal heller ikke ha oppstått i forbindelse med rusintoksikasjon eller abstinens. British Psychological Society utgav en innflytelsesrik rapport i 2000, hvor de sterkt anbefaler bruken av psykose fremfor schizofreni, ettersom *psykose dekker en rekke av uvanlige opplevelser som forekommer i en ellers heterogen gruppe lidelser* (British Psychological Society, 2000).

Et annet argument for å bruke psykose fremfor schizofreni er at den sistnevnte termen kan oppfattes som stigmatiserende og nedsettende. Det vil heller ikke være hensiktsmessig å sette en schizofreni- diagnose ved førstegangpsykose, da man ikke kjenner det videre forløpet og utfallet på sikt. Prognosen ved schizofreni *ansees* av mange som svært dårlig, selv om nyere longitudinelle studier viser at 50 % eller flere som diagnostiseres med schizofreni har en god prognose (Cullberg, 2005). Motstandere av schizofrenidiagnosen viser også til at hele schizofrenibegrepet er uvitenskapelig og mangler tilstrekkelig reliabilitet og validitet til å kunne fungere som et formålstjenlig begrep, og videre at schizofrenidiagnosen er så ødeleggende for de som får den, at den burde ha vært fullstendig avskaffet. Blant ufaglærte finnes det fortsatt de som tror at det å ha en schizofreni betyr at man har en multipel personlighet, noe som ikke stemmer. Fordommene som knyttet til schizofreni *er ikke basert på empirisk baserte resonnementer*.

Det er tydelig at begrepet virker forvirrende og at schizofreni for mange må assosieres med noe *helt forferdelig*, ettersom det skaper så sterke reaksjoner i feltet. Professor i klinisk psykologi Richard Bentall beskriver en episode hvor en sykepleier feilaktig tok ham for å være pasient ved avdelingen han hadde hovedpraksis, hvorpå vedkommende som hadde begått tabben forsikret ham om at hun hadde tatt ham for å være psykopat, ikke schizofren, i et forsøk på å unnskyldte seg (Bentall, 2004).

Inntil videre opererer ICD-10 med diagnosen schizofreni og som praktiserende psykolog i Norge må man likeledes forholde seg til ICD-10- diagnosene, ettersom det er den manualen man er underlagt. Det betyr ikke at man ikke kan stille seg kritisk til den gjeldende klassifiseringen og avvente med å stille en eventuell schizofreni-diagnose til etter at man har sett hvordan personen fungerer på lengre sikt. Man kan ikke forutsi varigheten til en psykose og så mange som 75% av alle som opplever psykose første gang vil være symptomfrie igjen innen noen måneder eller år (Cullberg, 2005). Det er heller ingen forskningsmessige fordeler ved å benytte schizofrenibegrepet, da begrepet innebefatter en enda større og mer heterogen gruppe i henhold til kriteriene i DSM-IV-TR enn i ICD-10.

Den ulike operasjonaliseringen i de ulike manualene resulterer igjen i ulike resultater, noe som kan virke forvirrende hvis man ikke er klar over dette. Ut i fra overnevnte fravær av fordeler velger jeg å ikke bruke begrepet schizofreni (ut over steder hvor jeg redegjør for opprinnelsen til begrepet schizofreni, hvor det er gitt at jeg er nødt til det). Jeg vil i all hovedsak benytte meg av det romsligere begrepet *psykose* da jeg ikke ser nytteverdien av å bruke schizofrenibegrepet i denne sammenhengen.

1.2 Stress-sårbarhetsmodellen

Stress-sårbarhetsmodellen ble lansert av den litauisk-amerikanske psykologen Joseph Zubin (1900-1990) på midten av 1970-tallet. Jeg har valgt å inkludere et avsnitt om modellens formål og bakgrunn fordi *jeg anser den som et viktig i bidrag til en integrert forståelse av psykose*. Modellen er transteoretisk, det vil si at den er teorinøytral – forenelig med alt av vitenskapelige årsaksforståelser av psykose, og har i så måte vært et viktig bidrag. Modellen tillater en samtidig eksistens og gjensidig påvirkning mellom biologiske og psykososiale faktorer (Kingdon & Turkington, 2007). Den gjorde en utvikling mot kombinert behandlings-innsats både mulig og nødvendig. Modellen lar seg enkelt kombinere med ulike psykologiske teorier, også med psykodynamiske teorier, som jeg vil ta for meg i større detalj senere.

Stress-sårbarhetsmodellen tar utgangspunkt i at mennesker har ulik grad av sårbarhet for å utvikle en psykose og at det som utløser psykosen er aktuelle påkjenninger eller kriser. En person med lav grad av sårbarhet må utsettes for høyere grad av belastning eller stress for at en psykose skal bryte ut. De som har høy sårbarhetsgrad kan utvikle psykose etterfulgt av mindre grad av påkjenning (Cullberg, 2005). Sårbarhetsfaktorene kan være av nevrobiologisk og/ eller psykologisk natur. Sårbarhetsfaktorene interagerer igjen med beskyttelsesfaktorer.

Har en person først fått et psykotisk gjennombrudd er forholdene om mulig enda mer komplekse. Psykosens forløp, grad av remisjon (tilfriskning) og fremtidig prognose avhenger i høy grad av interaksjon med omgivelsene og psykososiale forhold. Dersom tilbakefall *ikke* forebygges vil så mange som 70 % av de som har gått gjennom en førstegangpsykose oppleve residiv/ tilbakefall (Cullberg, 2005).

Bakgrunnen for utviklingen av stress-sårbarhetsmodellen var Zubins søken etter psykosens *sanne* etiologi. Zubin var under tiden ansatt ved Colombia University, hvor han underviste i abnormalpsykologi. Studentene beklaget seg over at de ikke klarte å se sammenhengen i alle resultatene fra studiene Zubin presenterte, og så heller ikke poenget med alle eksperimentene som ble utført innen psykosefeltet. Zubin måtte si seg enig og begynte å undre seg over hvordan han kunne integrere eksperimentelle funn i en formålstjenelig modell. Zubin gikk så til verks med å undersøke alle daværende forklaringsmodeller, fra de rent biologiske til de rent psykologiske og miljømessige.

Zubin merket seg at deskriptive psykopatologi- modeller gav overfladiske beskrivelser av symptomatologi, men kunne ikke redegjøre for opphav eller årsakssammenhenger (Zubin, 1977). Det kan forstås ikke stress-sårbarhetsmodellen heller, men den kan tilby *et rammeverk for forståelse*. Zubin lette etter fellestrekk, eller et slags miste felles multiplum for økologiske teorier, intrapsykiske teorier, utviklingsteorier, læringsteorier, biogenetiske, nevropsykologiske og nevroanatomiske modeller. Det hele kulminerte til slutt i at hver av teoriene måtte få ha sin plass i etiologien, men at de måtte underordnes én modell, *stress-sårbarhetsmodellen*, som kunne romme alle daværende og framtidige teorier. Zubin tenkte seg at stress-sårbarhetsmodellen representerer vevstolen, eller rammeverket som holder alle de løse trådene, eller de ulike vitenskapelige teoriene, sammen.

"Upon this gifted age, in its dark hour, falls from the sky a meteoric shower of facts... they lie unquestioned, uncombined. Wisdom enough to leech us of our ill is daily spun; but there exists no loom to weave it into fabric." (Edna St. Vincent Millay i; Zubin, 1977)

Read, Mosher og Bentall (2004) kritiserer stress- sårbarhetsmodellen for å ikke være en integrert forklaringsmodell i det hele tatt, og at den snarere lar den biologiske forklaringsmodellen okkupere de psykologiske og sosiale modellene. Forfatterne argumenterer for dette synet ved å anføre at modellen forutsetter at det foreligger en arvelig disposisjon som trigges av livspåkjenninger som i sin tur utløser en underliggende genetisk bombe (Read, Mosher & Bentall, 2004). Det er ikke slik jeg ser på modellen og jeg mener en slik polarisering mellom psykologi og biologisk psykiatri er en kamp *ingen* er tjent med, særs ikke de behandlingstrende. Psykologi og psykiatri er to fagområder som utfyller hverandre og kan harmonisere fint, så fremt de ulike profesjonene kan få koeksistere i dynamisk likevekt.

1.3 Distinksjon mellom normalitet og galskap

Stress-sårbarhetsmodellen forutsetter, slik *jeg* ser det, at alle mennesker *potensielt* kan utvikle en psykose. De fleste mennesker kan i løpet av et liv ha opplevd episoder hvor de har fungert ”psykotisk”. Det kan være i form av mangel på mental tilstedeværelse, hvor oppmerksomheten er så innadrettet og bundet i ens egne fantasier at man forveksler egne fantasier, assosiasjoner og trossystemer med persepsjonsprosessen hvor en tar inn informasjon fra andre og omverdenen. Forvirringen kan nettopp bestå i at en ikke klarer å diskriminere eller sortere og integrere ulike opplevelsformer, eller at en blander sammen og forveksler ulike nivåer av informasjon (Monsen, 1990).

Alle mennesker er i besittelse av større eller mindre evner til å tenke ulogisk og irrasjonelt, drømme oss bort og la fantasien fare av sted med oss. Disse evnene avspeiler det Freud kalte *primærprosesstenkning*, hvor *lystprinsippet* dominerer, i motsetning til *sekundærprosesstenkning*, som er fornuftstyrt, hvor *realitetsprinsippet* rå (Freud, 1920). Primærprosesstenkningen som vi alle besitter, ligner forestillingene som opptrer under psykose, men de fleste har mellomområder i sin forestillingsverden som tjener som imaginær bro mellom den indre og ytre verdenen. Noen ganger er likevel ikke denne broens styrke tilstrekkelig; den raser sammen hvis belastningen blir for stor (Cullber, 2005).

Det har blitt gjort en rekke studier som bekrefter at alle mennesker kan få psykoselignende opplevelser under de rette (eller gale) betingelsene. En rekke kontrollerte studier utført i USA på 1950- og 60-tallet, hvor deltagerne ble utsatt for sensorisk deprivasjon (begrensning av sanseinntrykk), viste at halvparten av forsøkspersonene fikk persepsjonsforstyrrelser, først og fremst i syn og hørsel. Mange avbrøt eksperimentet og rapporterte at de hadde forestillinger om at de ble utsatt for bedrageri og at de egentlig løp stor risiko (Slade, 1984).

Disse funnene ble replisert så sent som i 2009. Mason og Brady ved University College London (UCL) lot alle deltagerne fylle ut *Revised Hallucinations Scale* (RHS) ved inklusjon i studien. RHS-skjemaet er utviklet får å avdekke hvem som er tilbøyelige til å hallusinere. Ut i fra de 200 deltagere ble det valgt ut 9 personer som skåret på den øverste 20. persentilen og 10 som skåret på den laveste 20. persentilen av RHS. Deltagerne ble så plassert i lyd- og lysisolerte kammer i 15 min, før de ble bedt om å fylle ut Psychotomimetic States Inventory (PSI) for å avdekke om personene hadde hatt psykoselignende opplevelser under tiden med sensorisk deprivasjon eller ikke. PSI ble opprinnelig utviklet for å studere opplevelsen ved bruk av ketamin og cannabis, men kan også brukes for å undersøke ualminnelige bevissthetstilstander uten innslag av ruspåvirkning (Mason & Brady, 2009).

Skjemaet består av seks skalaer som lader på: perseptuelle forstyrrelser, vrangforestillinger, kognitiv desorganisering, anhedoni (manglende evne til glede), mani og paranoia. Resultatene viste at alle personene som skåret høyt på RHS ved inklusjon rapporterte om spesielle opplevelser; 6 så objekter som ikke var der, 5 så ansikter, 4 opplevde at de hadde styrket luktesans og 2 kjente tilstedeværelsen av *en ondskap* i rommet. De 10 som skåret lavest på RHS rapporterte også om vrangforestillinger og hallusinoser på PSI, men ikke i like stor grad som den andre gruppen (Mason & Brady, 2009). Funnene indikerer at alle potensielt kan ha psykotiske opplevelser og at hva som er ”normalt” og ”sykt” kan sees på som et **kontinuum** definert av alvorlighetsgrad og grad av funksjonell reduksjon. Det er en glidende overgang mellom uvanlige ideer, *bisarre* ideer og vrangforestillinger. Det er ingen kvalitativ distinksjon mellom ”de” og ”oss”, selv om det skulle kjennes tryggere å holde galskapen på god avstand.

I dynamisk tradisjon understrekes det at det hverken er mulig eller ønskelig å etablere klare og utvetydige grenselinjer mellom normalitet og patologi. Spørsmålet om noe skal kalles patologisk, er ikke først og fremst et spørsmål om symptomer, men like mye om nedsettelse av arbeidsevne, destruktive interpersonlige relasjoner, innsnevret opplevelse osv (Gullestad & Killingmo, 2005).

DEL II – SYMPTOMATOLOGI OG KLASSIFIKASJON

2.0 Historisk begrepsutvikling

Det finnes per i dag ikke en definisjon av termen *psykotisk* som er universelt akseptert. I diagnostisk henseende blir en person ansett som psykotisk hvis det foreligger en type symptomer som jeg skal forsøke å beskrive i det følgende kapittel. Verdens helseorganisasjon har ikke lyktes i å identifisere noen patognomiske symptomer i revideringen av ICD-10. At et symptom er patognomisk referer til at det er særegent for en spesifikk lidelse. Det er derfor en stor grad av usikkerhet knyttet til symptomatologi og diagnostisering av psykoselidelsene, som utgjør en veldig heterogen og lite forstått samling lidelser.

2.1 Emil Kraepelin og oppdagelsen, eller oppfinnelsen av dementia praecox

Det var den tyske psykiateren Emil Kraepelin (1856-1926) som utførte pionerarbeidet med klassifiseringen av psykiske lidelser. På tross av mye motbør i senere tid kan det trygt sies at Kraepelins arbeid med *Kompendium der Psychiatrie*, første gang utgitt i 1883 og senere *Lehrbuch der Psychiatrie* fra 1926, revolusjonerte psykiatrien. Kraepelin fortsatte å revidere *Lehrbuch der Psychiatrie* fram til sin død i 1926, som rakk å bli publisert i alt ni utgaver. Kraepelin var mest opptatt av alvorlig psykopatologi og det vi i dag omtaler som psykoser. Kraepelin skilte mellom *dementia praecox* – som betyr *tidlig demens*, som var en permanent og progredierende tilstand som hadde svært dårlig utfall, og *das manisch-depressiven Irresein* (manisk depressiv lidelse), de affektivt pregede lidelsene, som hadde et sirkulært forløp og noe bedre prognose – her ble *alle* stemningslidelser inkludert (Bentall, 2004).

Kraepelin hadde tidligere identifisert flere ulike typer lidelser, som hadde noe fellestrekk; *dementia paranoides*, *hebephrenia* og *catatonia*, som siden ble delvis innlemmet under samlebetegnelsen *dementia praecox*. Kraepelin fortsatte å modifisere kriteriene for *dementia praecox* hele sitt liv ettersom han fant grupperinger som virket mer naturlig, men forble ved at lidelsen var kronisk og ukurerbar og førte til permanent reduksjon av mental kapasitet. Hvis noen ble bedre av noe som var antatt å være *dementia praecox*, konkluderte Kraepelin med at da kunne det ikke ha vært *dementia praecox* allikevel (Read, Mosher & Bentall, 2004).

2.2 Paul Eugen Bleuler - Schizofreniens far

Det er den sveitsiske psykiateren Paul Eugen Bleuler (1857-1939) som regnes som, det etter hvert så uønskede barnet – *schizofreniens* far. Bleuler foreslo begrepet *schizofrenia* i 1908, som en erstatning for *dementia praecox*, og betegnelsene schizofreni har siden blitt stående. Ordet schizofreni stammer fra greske *schizo* og *phrenos* og betyr ”splittet sinn” (wikipedia), som har ført til misforståelsen om at schizofreni er en form for multipel personlighetsforstyrrelse, noe som ikke medfører riktighet. Bleuler mente at termen *dementia praecox* var misledende, både fordi det ikke handlet om noen form for demens og fordi det heller ikke alltid var slik at symptomene startet i ungdommen. Bleuler mente at psykoselidelsene kunne ha ulikt forløp og at utfallet ikke alltid var så fordervelig som Kraepelin mente. Bleuler tenkte videre at schizofreni ikke var én lidelse, men en gruppe ulike lidelser som kanskje ikke dreide seg om *sykdom* i det hele tatt (Read, Mosher & Bentall, 2004).

2.2.1 Bleulers fire A-er og én viktig D som alle glemmer

Bleuler delte symptomene inn i primære og sekundære, hvor de primære symptomene antoks å være grunnleggende for lidelsen. Bleuler mente at kjernen i lidelsen var en spaltning mellom ulike psykologiske funksjoner, herunder personlighet, tenkning, hukommelse og persepsjon (Bentall, 2004). De grunnleggende symptomene var autisme, ambivalens, affektforstyrrelse, assosiasjonsforstyrrelse og depersonalisasjon. Disse primære symptomene ble kjent som ”Bleulers fire A-er”, som førte til at den ene D-en – Depersonalisasjon, ikke huskes, noe som er *relativt* synd, tatt i betraktning at manglende enhet i bevisstheten og påfølgende depersonalisasjonsfølelse nettopp utgjør selve kjernen i lidelsen. I og for seg kan man si at depersonalisasjon er *det mest grunnleggende* av primærsymptomene og kunne med rette, etter min mening, blitt oppført i særstilling som *selve grunnsymptomet*.

2.3 Kurt Schneider og symptomer av første og annen rang

Kurt Schneider (1887-1967) var tysk psykiater og pragmatiker og var som konsekvens av dette, mer opptatt av *symptomenes form* enn innhold. Han skilte mellom *symptomer av første og annen rang* i et forsøk på å avgrense mer alvorlige symptomer i prognostisk henseende. Førsterangssymptomer innebefatter; tankekringkastning/ diffusjon, tredjepersons hørselshallusinasjoner – diskuterende og kommenterende stemmer, kroppslige påvirkningsopplevelser, tanketyveri, tankeinnsetting/ interferens, styringsopplevelser, selvhenvøringsideer eller tillegging av en annen abnormal mening til persepsjon. Førsterangssymptomene ble valgt ut på bakgrunn av at de var enkle å identifisere.

”When i find thought withdrawal, then this is important to me as a mode of inner experience and as a diagnostic hint, but it is not of diagnostic significance whether it is the devil, the girlfriend or a political leader who withdraws the thought”

(Kurt Schneider, gjengitt i; Bentall, 2004)

Førsterangssymptomer handler om en økt gjennomtrengelig/utetthet i barrieren mellom personen og omverdenen. Disse symptomene innebærer at personens opplevelse av fysisk integritet fremstår som forstyrret på en bisarr måte. Annenrangssymptomer omfatter vrangforestillinger av mindre bisarr karakter som for eksempel forfølgelsesvanvidd eller konspirasjonsideer, samt rådløshet og endret affekt. Disse symptomene hadde ikke så stor diagnostisk betydning i følge Schneider. Han mente at symptomer av første rang var spesielt viktig for differensiering mellom schizofrene og ikke-schizofrene psykososer og affektive forstyrrelser (Cullberg, 2005).

2.4 Positive, negative – og disorganiserte symptomer

Distinksjonen mellom positive og negative symptomer kan spores tilbake til den britiske nevrologen John Hughlings Jackson (1835-1911). Denne dikotomien brukes den dag i dag. Positive symptomer henspiller på at symptomet *kommer i tillegg* til personens normale sansing og persepsjon og er opplevelser man som regel ville foretrekke å være foruten. Eksempler på positive symptomer kan være hallusinasjoner, vrangforestillinger, uro og bisarr adferd. Negative symptomer involverer *fravær av noe* som normalt sett er ønskelig skal være tilstede. Eksempler på negative symptomer kan være affektflathet, oppmerksomhetsforstyrrelse, innskrenket taleevne, viljetap/apati og sosial tilbaketrekning. Dikotomiseringen av positive og negative symptomer gav opphav til Tim Crows (1990) teori om at det finnes to ulike former for schizofreni, type I og type II, som karakteriseres av overveiende positive eller negative symptomer. Crow mente at etiologien var ulik, hvor på type I skyldtes genetisk betinget overskudd av dopaminreseptorer og type II skyldtes progressiv atrofi – *hjerneskade*.

Denne hypotesen var tiltalende, men høyst spekulativ og antagelsen har *aldri* blitt bekreftet. Selv om Crows teori aldri ble verifisert kan symptomene like fullt klassifiseres som positive eller negative. Så å si alle som har en psykoselidelse har begge typer symptomer, men i varierende grad. De negative symptomene er ofte mer fremtredende i senere faser. Det er verdt å merke seg at negative symptomer er til forveksling like bivirkningene av antipsykotika. Det er viktig å skille negative symptomer fra negativ effekt av behandling.

Negative symptomer og bivirkninger må også differensieres fra effekten av langvarig isolering og understimulering, samt at det også kan foreligge en depresjon (Cullberg, 2005). Den britiske psykiateren Peter Liddle som gjorde en faktoranalyse i 1987, for å teste hvor vidt psykosesymptomene lot seg faktorisere som positive og negative, identifiserte i tillegg *en tredje faktor; disorganisering*. Disorganiseringsymptomer refererer til kognitiv disorganisasjon; forstyrrelser av språk, tenkning, stemning, sansing og adferd. Dette funnet har latt seg replisere flere ganger (Hirsch & Weinberger, 2003).

2.5 Betydning for diagnostisering

ICD-10 opererer ikke med primære og sekundære symptomer eller symptomer av ulik rang. ICD-10 bryr seg ikke altså med hva som kom først av høna og egget, *eller* med å skille plommen fra hviten – de holder seg til å *beskrive skallets observerbare struktur*. Kriteriene for schizofreni i følge ICD-10 ligner schneiderianske symptomer, men omtales ikke som det. Schneiders førsterangssymptomer har ikke vist seg å være av så sterk prognostisk betydning som han så for seg. Det lar seg ikke gjøre å skille ut noen gruppe som har systematisk dårligere prognose ut i fra tilstedeværelse av schneiderianske symptomer (Shepherd, 1989). ICD-10 bygger på både Bleulers og Schneiders grunnantagelser, men oppgir *videre diagnoser* og *mindre eksakte kriterier*. Hughlings- Jacksons-dikotomien av positive og negative symptomer er opprettholdt, ettersom den er mest nyttig i deskriptiv diagnostisk forstand.

Diagnosemanualene (både ICD-10 og DSM-IV-TR) fokuserer på de positive observerbare symptomene, samt noen negative, som manifestasjoner av psykose, fremfor underliggende forstyrrelse i selvpplevelsen - noe som ville ha krevd at man etterspurte subjektiv opplevelse i økt grad. Hvis man kun observerer skallet ser man ikke den levende organismen som er i utvikling på innsiden og forståelsen av det levende objektet blir svært begrenset. Ingen har foreløpig lyktes i å operasjonalisere et diagnostisk columbi egg (med fare for å bruke for mange egg-metaforer). Psykotiske prosesser er kompliserte og uensartede og det er derfor vanskelig å finne eksakte kriterier som kan fastslå *hvem* som har en psykose, og enda vanskeigere er det å gjøre en differensiering mellom *hvilken* psykose som foreligger. Jeg vil ikke bruke tid på å redegjøre for de ulike psykosediagnosene som benyttes i ICD-10, jeg vil heller fokusere på *psykose som fenomen*.

DEL III – DEN PSYKOTISKE OPPLEVELSEN

3.0 Den subjektive opplevelsen ved psykose

Psykosser kan oppleves svært ulikt fra person til person. Psykose kjennetegnes ved ulike former for vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner. Disse uvanlige opplevelsene sees på som sekundære symptomer, som produkter av grunnsymptomene i følge Bleulers beskrivelse. I følge ham var symptomene sinnets bearbeidelse av de primære symptomene og var således psykologisk forståelige. Psykotiske sekundærsymptomer er eksempelvis vrangforestillinger eller hallusinasjoner. Hallusinasjoner alene er ikke nok til at opplevelsen kan klassifiseres som psykotisk, hvis de ikke henger sammen med vrangforestillinger. Det vil si at personer som ser eller hører ting som ikke andre ser eller hører, men samtidig har innsikt i at opplevelsen ikke er realistisk regnes ikke som psykotiske. Disse opplevelsene regnes som pseudopsykose eller persepsjonsforstyrrelser ut i fra symptomenes karakteristika.

Ved psykose er persiperingen ofte korrekt, men tolkningen og behandlingen av persepsjonen er feil – i betydningen, *ikke i overensstemmelse med vår felles oppfatning av virkeligheten*. Først da foreligger det vi ofte kaller en *realitetsbrist*. For at en opplevelse skal anta en psykotisk karakter innebærer det en virkelighetsoppfatning som er *klart* avvikende, og ikke i tråd med hva noen andre tenker. Personens fornuftsstridige, psykotiske oppfatninger er vanskelig å påvirke i annen retning. Det er ikke tilstrekkelig at man har litt sære ideer eller har en trosoppfatning som ikke er i helt overensstemmelse omgivelsene. En person med psykose er *fullstendig overbevist om realiteten av symptomene*, og deres fortolkning av virkeligheten kan ikke korrigeres ad fornuftens vei.

Noen kjenner seg forfulgt, at telefonen er avlyttet, at det konspireres mot dem eller lignende. Noen har selvhenføringsideer – de opplever for eksempel at det snakkes om dem - og til dem på tv og på radio, og at alt som skjer rundt dem, har direkte forbindelse med dem selv. Noen opplever *depersonalisering*, tap av personlighetsfølelse, de opplever en *fremmedgjøring* overfor egen kropp og/ eller person, eller har ideer om at de selv ikke er virkelige, eller lever i en annen dimensjon eller lignende. Derealisasjon er også et symptom som ofte opptrer ved psykose. Derealisasjon karakteriseres av at verden oppleves annerledes og fremmed, drømmeaktig, vag eller uforståelig, slik Sigbjørn Obstfelder fremstiller det i diktet ”Jeg ser” fra 1893: ”*Jeg ser, jeg ser... Jeg er vist kommet paa en feil klode! Her er saa underligt...*”

Noen kan være av den oppfatning at verden egentlig ikke eksisterer – alt er kun en illusjon – *eller et dataprogram*. Noen hallusinerer – hører stemmer (auditiv hallusinose) eller ser ting som egentlig ikke er der (visuell hallusinose) andre kan oppleve at det kryper innsekter under huden eller sendes elektriske impulser gjennom kroppen (taktil hallusinose), mens andre igjen synes det lukter brent eller surt uten at andre merker noe til det (olfaktorisk hallusinose). Andre kan bli *ekstremt* opptatt av nye ideer, tanker og temaer som fører til gradvis tilbaketrekning og isolasjon fordi disse tankene blir så viktige at de krever all energi og tid. Det kan dreie seg om eksistensielle spørsmål som religion og filosofi, universets uendelighet og meningen med livet eller påfallende interesse for temaer som Ringenes Herre eller UFO.

Noen har fastlåste misoppfatninger eller uforklarlige forestillinger, som for eksempel at objekter er gjemt inne i kroppen, at de må beskytte seg mot radioaktiv stråling eller at kroppen holder på å råtne opp. Noen har megalomane storhetsideer, de forestiller seg for eksempel at de er utsendt fra Gud eller at de har uovertrufne evner. Hos mange sees generelle tankeforstyrrelser, forstyrrelse av selve tankeprosessen og forstyrrelse i opplevelse av mental kontroll – en opplevelse av å ikke være ”herre i eget hus”. Noen har svært vanskelig for å orientere seg i forhold til tid og sted, person og/eller situasjon og er preget av det som kalles konfusjon – også bedre kjent som en forvirringstilstand. Noen har kroppslige påvirkningsopplevelser, de opplever at de ikke har kontroll over egen kropp og handling, og at de påføres handlingsimpulser og følelser utenifra. Noen opplever at tanker blir satt inn i hodet. Noen opplever tankekringkasting, at tankene deres er hørbare for andre, eller tanketyveri, at tankene tas ut av hodet. Alle de overnevnte eksemplene på psykosesyntomer kan fremkomme kombinert i ulike konstellasjoner, av mer eller mindre systematisert art. Adferdsavvik kan, *som hos alle andre*, også forekomme ved psykotiske lidelser, men det er *ikke et nødvendig inklusjonskriterium*.

I tilfeller hvor forvirringen og forstyrrelsene er store vil dette også, etter sigende, manifesteres gjennom handling, reaksjonsmåter i forhold til andre og i adferdsmønsteret generelt, men det finnes også personer med psykoselidelser som ikke utviser noen bemerkelsesverdige adferdsavvik, mennesker som utenforstående ikke ville ha lagt spesielt merke til. Kaoset kan utspille seg i det stille, som et indre vedvarende jordskjelv (Thorgaard, 2006). De overnevnte eksemplene illustrerer at psykose referer til mangefasettede og uensartede opplevelser. Den psykotiske opplevelsen innebærer dypest sett, ut i fra mitt teoretisk ståsted, større eller mindre grader av opplevd desintegrasjon av selvet og omverdenen.

For noen er de psykotiske opplevelsene svært skremmende, for andre kan psykosen nettopp være *løsningen* på noe i deres tilværelse som *ellers* ville opplevdes som ekstremt skremmende og truende, noe de psykotiske forestillingene midlertidig dekker over. Kjernen i den psykotiske opplevelsen er en manglende *enhet* i bevisstheten – en manglende følelse av sammenheng. Utviklingen av psykosesymptomer fungerer som et forsøk på å lappe sammen et verdensbilde som har revnet.

Psykose er et fenomenologisk-psykologisk begrep. Symptomene kan enn så lenge bare defineres med adferdstermer og som subjektive forandringer i opplevelsesverdenen (Cullberg, 2005). Det er ikke mulig å kunne forstå den psykotiske opplevelsen uten å ta den subjektive opplevelsen med i konsiderasjon. På tross av denne tilsynelatende innlysende bemerkningen har den subjektive opplevelsen ved psykose fått lite oppmerksomhet i den vitenskapelige litteraturen og innen forskningen på psykosefeltet.

Klinikere er *fullstendig* avhengig av personens egen beskrivelse av symptomer i forhold til diagnostisering av psykose, og i denne forbindelsen er deres egne beskrivelser svært verdifulle. Ettersom diagnose baseres på pasientenes beskrivelser følger det av dette at pasientens skildringer *må anses som pålitelige* – i den sammenhengen. Utover dette er mitt inntrykk at subjektiv opplevelsen, pasientenes egen forståelse av opplevelsen, ikke blir tilkjent nok oppmerksomhet. Det utgjør et paradoks at pasientens beskrivelse av psykotiske opplevelser er nødvendig for diagnostisering og at psykosediagnosen ipso facto gjør at personen ikke er i stand til å bidra med noe fornuftig i forhold til hva opplevelsen handler om. Min oppfatning er at de som sitter inne med førstehåndserfaring ofte blir ekskludert fra diskusjonen om hva psykosen egentlig handler om og at deres beskrivelser, etter mitt syn, avskrives i for stor grad som ”the ramblings of a mad man”.

Det står skrevet i uttalige sammenhenger om ”*pasienten som ekspert på seg selv*”, og at møtet mellom behandler og pasient ideelt sett bør karakteriseres av et møte mellom to eksperter – en som er ekspert på det faglige; på psykologisk forståelse og behandling, og en som er ekspert på seg selv og på sin situasjon. Det er ikke til å komme fra at mennesker som lider av psykose stiller i en særskilt posisjon og at psykose kan være vanskelige å forstå og behandle, spesielt under symptomatisk, aktiv psykotisk fase. Det betyr ikke at man ikke skal *forsøke* å ta deres betraktning i nærmere øyesyn. Psykose kan være et uttrykk for en svært alvorlig tilstand. Personer som har psykose bør ikke av den grunn *fraskrives ekspertisen på seg selv*.

Personen forblir ekspert på seg selv, selv om selvet er aldri så fragmentert. Det hersker fortsatt tvil i forhold til psykoterapiens plass når det gjelder psykosebehandling og om det i det hele tatt er mulig å påvirke det psykotiske forløpet psykologisk, noe som vitner om at synet på psykose som noe umenneskelig og uforståelig lever i beste velgående. Det hersker også en alt for menneskelig tendens blant behandlere, til å forsøke å distansere seg fra andres forvirrende og smertefulle opplevelser. Den nå avdøde Loren Mosher (1933-2004), som drev Soteria House i San Fransisco fra 1971-1983, tenkte seg at den biomedisinske tilnærmingen til psykose har vunnet så mye popularitet *nettopp* fordi den hjelper klinikere å holde psykotiske pasienter på trygg avstand (Geekie & Read, 2009).

”When looked at contextually, these interventions seem to be designed to allow the rest of us to avoid having to deal with these persons’ humanity – that is, their subjective experience of psychosis and its effect on us” (Mosher, 2001).

Allerede i 1989 påpekte bl.a. Lally at det manglet forskning som inkluderte pasientenes perspektiv (Lally, 1989). Molvaer viste til at forskning på pasientenes egne attribusjoner til psykotiske opplevelser fortsatt var så godt som ikke-eksisterende i 1992 (Molvaer, 1992). Drayton kom til samme konklusjon i 1998, i sin studie av tilknytningstil og remisjon; *”There is a paucity of reasearch concerned with the individual’s psychological adaption to psychosis”* (Drayton, 1998). Sims (1994) forutsatte at en fullgod utredning også innebar en detaljert fenomenologisk utforskning av klientens subjektive opplevelse *”There is a great need to acknowledge, have respect for, and use in treatment, the patients own experience”*.

Det har vist seg vanskelig å realisere disse gode ideene. Endring tar tid. Andelen artikler som tar for seg subjektiv opplevelse har heldigvis økt betraktelig hvert tiår, fra 0,01 % i 1965-1975 til 0,30 % i perioden 1995-2005 (Medline) - en indikasjon på spirende interesse for et område som har vært neglisjert i alt for lang tid.

*”Skal man hjelpe en annen, må man først finne ut hvor han er, og møte ham der.
Dette er det første bud i all sann hjelpekunst.”*

- Søren Kierkegaard

3.1 Fenomenologisk basert psykoseforståelse

Ordet ”fenos” er av gresk avstamning og betyr synlig, eller det som er observerbart. Fenomenologi er læren om det som kommer til syne eller viser seg. Fenomenologiske studier har som siktemål å beskrive tingene slik de umiddelbart fremtrer for den som beskriver, uten å trekke inn bakenforliggende årsaker og grunner (caplex.no). Innen empirisk forskning refererer fenomenologi i alle fall til en *kvalitativ metode* som *vektlegger forståelse av det individuelle perspektivet*. Psykotiske opplevelser er subjektive og kan derfor kun undersøkes ved en fenomenologisk tilnærming. Fenomenologiske studier på psykosefeltet kan for eksempel ha som siktemål å beskrive psykosens uttrykksformer slik man kan iaktta dem uten en teoretisk forklaringsmodell. Om det egentlig er mulig å betrakte fenomener uavhengig av menneskelig tenkning er et filosofisk spørsmål jeg ikke kan vie for mye plass, jeg mener at det ikke er mulig å løsrive seg *helt* fra sitt teoretiske standpunkt. Fenomenologi og subjektiv opplevelse har i senere tid fått økt oppmerksomhet i forhold til tidlig oppdagelse av psykose. Forsker og psykiater Paul Møller ved Forsknings og Utviklingsenheten i Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Buskerud utførte en studie i.f.b med doktorgraden, som viser at kunnskap om pasientens *subjektive opplevelser ved psykose er viktigere enn tidligere antatt* (Møller, 2000).

Møller har ledet utviklingen av en ny utredningsenhet for psykose der det subjektive perspektivet på lidelsen er satt systematisk i fokus. Som en forlengelse av dette arbeidet ble Examination of Anomalous Self-Experience (EASE) lansert i 2005 i samarbeid mellom fenomenologisk orienterte forskningsmiljøer i Tyskland og Danmark, representert ved bl.a. professor i psykiatri Josef Parnas. EASE er en manual for undersøkelse av forstyrret selvopplevelse ved psykotiske lidelser (Parnas et al. 2005). Den subjektive opplevelsen er unik, og de som selv har opplevd å ha en psykose kan bidra til å øke vår forståelse av fenomenet. Førstehåndsinformasjon er uvurderlig om denne gruppen mennesker skal kunne motta adekvat behandling. Ved en workshop 25.-27. februar 2009 ved Hvidovre Hospital, København hvor betraktninger vedrørende EASE ble tatt opp, gav flere behandlere uttrykk for positive erfaringer med bruk av instrumentet og opplevde i sitt møte med pasienter at EASE også var nyttig og hensiktsmessig i en terapeutisk sammenheng (Værnes, 2009). Dette vitner om at vi rimeligvis kan gå en lysere fremtid i møte.

”Madness is when other people choose to stop trying to understand you”
(Jeremy Laurance, 2003).

DEL IV – HVORDAN FORSTÅS PSYKOSEN

I PSYKODYNAMISK PERSPEKTIV

4.0 Teoretisk forankring

Min teoretiske forankring er psykodynamisk og derav følger naturligvis at min studie vil ta utgangspunkt i psykodynamisk psykoseforståelse. Det psykodynamiske perspektivet kan ikke påberope seg å være fullstendig heldekkende for forståelsen av utvikling av psykose, men jeg har likeledes ikke lyktes i å finne noen alternativ betraktningssmåte som skulle kunne være mer intrikat eller mer anvendelig. Jeg synes det psykodynamiske perspektivet er et nyttig og meningsfullt rammeverk for å kunne få grep om det menneskelige aspektet ved lidelsen. Denne tilnærmingen representerer en innfallsvinkel som gir mening for meg, men tar således ikke sikte på å fungere som noen fasit. Jeg er inneforstått med at det finnes flere teorier og begreper som kan belyse psykose som fenomen. Jeg vil i det følgende kapittel redegjøre for sentrale teorier og begreper innenfor psykodynamisk teori. Jeg har valgt å inkludere en hel rekke teorier innenfor det psykodynamiske perspektivet ettersom jeg anser alle disse teoriene som betydningsfulle i bidrag for forståelse av psykosens opprinnelse, funksjon og mening. Samtlige av teoriene fortjener sin plass og alle er aktuelle i forhold til tolkning av resultatene som beskrives i min fenomenologiske studie. ICD-10-manualen gir en beskrivelse av symptomene som er karakteristiske ved de psykotiske lidelsene, men tar ikke høyde for teoretiske forståelser av fenomenene. Dynamisk psykoseforståelse legger derimot sin vekt på symptomenes mening og hensikt. Begrepet *dynamisk* henviser til at noe er i aktiv bevegelse, og at dette noe opptrer i et aktivt samspill med noe annet. Johannessen og Cullberg (2003) beskriver at ordet dynamisk understreker det aktive spillet som foregår mellom mennesker og det psykologiske og fysiske miljø i og rundt personen. I psykodynamisk perspektiv ses psykosen som et tidvis eller vedvarende sammenbrudd av selvets struktur som medfører redusert evne til å skille mellom den indre og ytre verden (Johannessen & Cullberg, 2003).

4.1 ”Selvforsvarets” siste skanse

Sammenbruddet i selvets struktur er så belastende at dette i seg selv avføder en krise som truer strukturen ytterligere og en indre dynamiske og strukturnedbrytende sirkel etableres. Psykosens sees på som et resultat av patogene, destruktive mestringsforsøk, eller som en del av et avvergesystem som inntreer når mestring ikke lenger er mulig, når egne forsøk på å mestre et smertefullt og vanskelig liv og dets konsekvenser, og en uutholdelig smertefull indre tilstand må oppgis (Thorgaard, 2006).

Psykose inntreffer ved sammenbrudd i det psykiske forsvaret. Psykosen kan derav sees på som en siste skanse i å forsvare sinnet, selvet og selve livet når tilværelsen og medfølgende indre tilstand ellers ikke ville være til å holde ut. Psykodynamisk psykoseforståelse forutsetter at de psykotiske symptomene er meningsfulle i forhold til personens livshistorie og kan derav ikke ta sikte på å dekke psykoser som er forårsaket av sentralnervøse lesjoner eller sykdom. Psykodynamiske teorier om psykose kan sees på som forsøk på å *forstå* de psykotiske symptomene, ikke som forsøk på å *forklare*. Disse begrepene må ikke forveksles, da forståelsen av, og meningen med de tilsynelatende uforståelige opplevelsene ikke kan regnes som objektive sannheter eller årsaksforklaringer.

Psykosen forstås som en rekonstruksjons-prosess, et forsøk på selvhelbredelse (Freud, 1911). En vrangforestilling benyttes som en lapp (eller et plaster) over et sted hvor det opprinnelig har oppstått en revne i jegets (egos) relasjon til omverdenen (Freud, 1924). Psykosen utløses gjennom ubevisste, regressive mekanismer og muliggjør en midlertidig koherens og kontinuitet i selvopplevelsen. Psykosen kan i den forstand sies å fungere etter sitt formål, men prisen man betaler på sikt er dyr.

I psykodynamisk sammenheng sees psykotisk forsvar på som en umoden forsvarsmekanisme eller maladaptiv mestringsstrategi. Bruken av psykotiske, primitive mekanismer kan ikke sies å være patologisk per se, da de som nevnt også opptrer hos normalt fungerende individer som utsettes for store stresspåvirkninger. Når de psykotiske forestillingene vedvarer og dominerer menneskets opplevelsesverden blir bruken av denne typen instinktive og ubevisste forsvarsmekanismer eller mestringsforsøk svært maladaptive og skaper enda større smerte og vanskeligheter på sikt. Innenfor psykodynamisk teori finnes det i dag mange ulike teorier om psykotiske prosesser, hvor det fokuseres på ulike dynamiske elementer. Felles for de alle er at symptomene ansees som meningsfulle og man tenker seg at symptomene oppstår som tilsvarende til ulidelig psykisk smerte eller ellers uløselig konflikt.

Innen for dynamisk patologi- og psykoseforståelse tenker man at ethvert psykopatologisk symptom beskytter mot noe som er enda verre (Thorgaard, 2006). I det påfølgende kapitlet vil jeg forsøke å redegjøre kort for noen ulike dynamiske perspektiver på psykose; det psykoanalytiske perspektivet, det interpersonlige perspektivet, objektreasjonsperspektivet og det selvspsykologiske perspektivet, før jeg vil fokusere nærmere på traumer som har fått større aktualitet i senere tid – mange teorier som samlet gir en sammensatt og bred forståelse.

4.2 Psykose og i psykoanalytisk tradisjon

Først vil jeg presentere psykose i klassisk psykoanalytisk tradisjon og Freuds viktigste teoretiske bidrag til forståelsen av psykose, som også har gitt opphav til senere dynamiske teorier. Psykodynamiske teorier bygger alle på psykoanalysen som omfatter både en teori om utvikling og organisering av personligheten, og en teori om psykopatologi.

Den psykoanalytiske forståelsen av psykopatologi innebærer at det foreligger en form for intrapsykisk konflikt. Så å si alle av psykoanalysens begreper er kjedet sammen med konfliktbegrepet – dels som *parter* i konflikten (id, ego, superego); dels som *mekanismer* for mestring av konflikt (fortrengning, forsvarsmekanismer); dels som *uttrykk* for konflikt (symptomer, karakterholdninger, drøm, symboler); og dels som *forutsetninger* for konflikt (lystprinsipp, natur mot kultur) (Gullestad & Killingmo, 2005). Konflikten kan være intersystemisk, det vil si at det foreligger en konflikt mellom systemene id, ego og superego eller den kan være intrasystemisk, som referer til at det eksisterer motsetninger innen ett av systemene, for eksempel egosystemet.

4.2.1 Konflikt og mangel

I henhold til psykoanalytiske teori er den psykiske mekanismen som opptrer ved intersystemisk konflikt, *fortrengning*, mens det i intrasystemiske konflikter dreier seg om *splitting*. Konfliktbegrepet må suppleres med mangelbegrepet (Killingmo, 1989).

Mangel (deficit) referer til manglende stimulering, skjevstimulering eller over-stimulering som på ulike måter vil kunne skade kontaktevne og selvfølelsesregulering og føre til opplevelsestilstander som kontaktløshet, ”falskt selv”, angst for fragmentering, følelse av å ikke eksistere, kronisk tomhetsopplevelse. Som regel vil tidlig mangel inngå i senere konflikter og prege deres utforming. Konflikt og mangel vil være organisert sammen i individuelle kombinasjoner. De fleste psykoanalytikere vil i dag se på psykopatologi som uttrykk for *både konflikt og mangel* og ikke enten – eller (Gullestad & Killingmo, 2005).

4.2.2 Den traumatiske tilstand og ulike former for angst

Et annet viktig begrep innen psykoanalytisk patologiteori er *den traumatiske tilstand*.

Traumatisk tilstand er en total tilstand av hjelpeløshet og avmakt og utgjør kjernen i angsten. Angst er den mest sentrale dynamiske faktoren og representerer det sammenbindende begrepet i psykoanalytisk patologiforståelse (Gullestad & Killingmo, 2005). Angsten knyttet til den tidlige traumatiske tilstand, *primærangsten*, er nonverbal og udiffereinsiert. Etter hvert som ego utvikles, utvikles også *signalangsten* som varsler om kommende trusler.

Denne angstformen kalles ofte for nevrotisk angst. Angstens uttrykksform kan regredere til *infantil angst*, som karakteriseres av barnlig, fantasistyrte tenkning (Freud, 1918).

4.2.3 Freuds bidrag til den psykodynamiske psykoseforståelsen

Jeg har valgt å vie mye plass til Freuds teorier ettersom jeg anser Freuds bidrag som grunnleggende for dynamisk forståelse. Freud åpnet opp for en helt ny forståelse av psykosen som siden har gitt grobunn for nyere dynamiske og selvpsykologiske teorier.

Freud (1926) skilte mellom fire ulike situasjoner som alle fører til en særegen form for angst; Angsten som oppstår ved trusler om tap av objekter – *separasjonsangst*, angsten som oppstår ved trusler om tap av objektets kjærlighet, *kastrasjonsangsten* som oppstår som konsekvens av resolusjonen av ødipuskonflikten og angsten som oppstår ved trussel om straff fra egen samvittighet eller tap av superegos kjærlighet – som i grunnen dreier seg om angsten for tap av egenkjærlighet (Mitchell & Black, 1995). Schafer (1973) la til en femte angsttype, et viktig bidrag, nemlig angsten for fragmentering av selvet, eller *tilintetgjørelsesangsten* som er helt sentral ved den psykotiske opplevelsen (Schafer, 1973).

Begreper som konflikt, mangel, deprivasjon og traume referer, i siste instans til angst (Gullestad & Killingmo, 2005). Det hele koker altså ned til at de ulike patologiutformingene i psykoanalytisk forståelse primært dreier seg om ulike former for angst. Å være psykotisk innebærer å prøve å mestre en *meget sterk angst*, og intensiteten i denne følelsen er da mer eller mindre kontinuerlig skrekk og panikk (Monsen, 1990). Panikk fører ikke til kamp- eller flukt respons. Panikken er *så lammende* at man ikke responderer i det hele tatt, den medfører isteden disorganisering (Sullivan, 1953).

”Angsten inne i ditt bryst er en undertvunget lyst!” – Arnulf Løvland

4.2.4 Primærprosesser og sekundærprosesser

Freud (1950) skilte også, som tidligere nevnt, mellom *primærprosesstenkning* og *sekundærprosesstenkning*. Primærprosesstenkning er normalt mest fremtredende i tidlig alder, før vi læres opp i fornuftens etikk og moral og realitetens begrensninger. Likeledes opprettholder psykoanalysen tanken om at ”barnet i den voksne” fortsatt er i live og at de tidlige lagene i den psykiske organiseringen ikke er borte (Gullestad & Killingmo, 2005).

Det er nærliggende å tenke ut i fra disse antagelsene at primærprosesstenkning diffunderer gjennom fornuften og tar overhånd ved psykotiske gjennombrudd. De øvre lag av den psykiske strukturen regrederer og derved aktiveres også tidlige lag og fantasiene som er knyttet til disse. Begrepet *regresjon*, eller tilbakegang, referer til at tenkningen og adferden i større grad styres av prinsippene som er typiske for primærprosesstenkning på et tidligere ”barnlig” stadium, som magisk tenkning og omnipotens.

4.2.5 Regresjon i jegets tjeneste

Ernst Kris (1952) introduserte det klassiske psykoanalytiske uttrykket ”regresjon i jegets tjeneste” som referer til den sunne evnen til å kunne slippe fri fra fornuften for en periode for å kunne fantasere, leke, skape eller være kreativ på en eller annen måte. En slik sunn regresjon kan sees på som en ressurs og en redning, som kan bidra til at individet overlever når vilkårene er mangelfulle eller traumatiske, og et potensial for videre utvikling, reparasjon og vekst (Mitchell & Black, 1995). ”*I leken får problemer vinger.*” – Erik Lerdahl

Psykose derimot representerer en destruktiv, patologisk regresjon og kan ikke sies å falle inn under ”regresjon i jegets tjeneste”, det ville i så fall være en bjørnetjeneste av dimensjoner. Psykosen kan sees på som en ekspansiv tankeflukt og kan fungere som en slags avverge, redning, eller løsning på en ellers uløselig konflikt, men på sikt er den ingen ting å trakte etter. Alle psykotiske symptomer og avverger kan forstås som måter å forholde seg til ekstremt angstbelagte situasjoner eller konstellasjoner på (Monsen, 1990).

4.2.6 Freuds *Versagung* (frustrasjon)

Freud mente at mennesker med psykose var så oppslukt av sin indre verden at de mistet interessen for den virkelige verden og andre mennesker. Freud selv var av den grunn ikke spesielt begeistret over å arbeide med denne typen problematikk. Freud mente at psykosen umuliggjorde en relatering til andre mennesker og at det ikke var mulig å nyttiggjøre seg av overføring-motoverførings-forholdet, fordi det ikke eksisterte noen slik relasjon. Psykotiske mennesker var derfor uegnede for terapi. Det var noe umenneskelig over måten disse menneskene forholdt seg til verden på, noe som gjorde Freud svært frustrert:

“I did not like those patients... They make me angry and I find myself irritated to experience them so distant from myself and from all that is human.

This is an astonishing intolerance which brands me a poor psychiatrist”

(Freud i brev til Istvan Hollos, 1928, gjengitt i; Hinslewood, 2004).

I likhet med så mange andre terapeuter opplevde Freud at det var vanskelig å jobbe med denne typen problematikk og innså at han her kom til kort. I motsetning til mange andre, hadde han innsikt i at denne frustrasjonen han opplevde bunnet i hans egen intoleranse, noe han gremmet seg over. Det var utforskning av overføringsforholdet som Freud var fokusert – *eller fiksert* på, og det var akkurat det han mente manglet i tilfeller av psykose.

“When there is no inclination to a transference of emotion such as this, or when it has become entirely negative, as happens in dementia praecox or paranoia, then there is also no possibility of influencing the patient by psychological means” (Freud, 1925).

Freud bestemte seg, fordi ingen ting nyttet, at han ikke ville jobbe med denne typen pasienter, men det hindret ham imidlertid ikke i å utvikle flere, mer eller mindre vitenskapelige funderte teorier. Det var ofte slik at når Freud ikke gjorde noen kliniske fremskritt, lagde han teorier istedenfor (Hinslewood, 2004). Det som provoserte ham trigget hans nysgjerrighet og man kan si at Freud evnet å *kanalisere de aggressive impulsene sine* gjennom hensiktsmessig og meningsfylt aktivitet, i form av særdeles kreative teorier. Ettersom psykotiske pasienter hadde det vanskelig med å relatere seg til Freud/ Freud hadde vanskelig for å relatere seg til psykotiske pasienter, analyserte Freud, Daniel Paul Schrebers (1842-1911) memoarer *”Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken/ Memoirs of My Nervous Illness”* istedenfor. Schreber selv uttrykker en forståelse for dette synet i sine memoarer:

”As I had sown no interest in anything nor displayed any intellectual needs, they could hardly see anything but a stuporose dullard” (Schreber, 1903; 2000)

4.2.7 Freuds tolkning av Schrebers memoarer

Dette avsnittet appellerer muligens kun til spesielt interesserte. Freud var likeledes en pioner når det kom til tolking og konstruksjon av mening i en tid hvor andre betraktet de psykotiske ytringene om meningsløse.

Schreber var en suksessfull og velrenommert tysk dommer som utviklet en psykose, senere diagnostisert som dementia praecox. Schreber våknet en morgen og hadde ønske om å bli en kvinne, ha sex som en kvinne, bli Guds kone og føde Guds barn. Schreber mente at dette ikke var hans egne tanker, men tanker som var plassert i hodet hans av noen andre, mest sannsynlig av hans lege og senere *seelenmörder (sjelemorder)*, Dr. Flechsig, som hadde invadert ham telepatisk gjennom hypnose ved tidligere anledning.

I forlengelsen av dette ventet Schreber på at Gud skulle forvandle ham til en kvinne, at verden skulle gå under, for siden å gjenoppstå og at det var han som skulle repopulere verden ved å føde Guds barn, i etterkant av den foreliggende verdenskatastrofen. Denne regenereringen av verden, etter den apokalyptiske katastrofen, ledet Freud til å tenke at psykosen hadde to faser – én, den psykiske katastrofen/ krisen – og to, rekonstruering av mening, gjennom kreasjon av en verden av vrangforestillinger. ”*What we take to be the production of the illness, the formation of the delusions, is in reality the attempt at a cure, the reconstruction*” (Freud, 1911).

Freuds analyse var basert på hans tilnærming til nevrosen, hvor han lette etter underliggende konflikt. Freud tenkte seg at *fortrengning av konflikt* var kjernen i nevrose, mens det psykotiske mennesket forholder seg til konflikt ved å utsette eller *benekte konflikten*, ved å *benekte virkeligheten i sin helhet*. Etter å ha trukket seg vekk fra verden, projiseres den indre verden ut på den ytre, som gjenoppbygges av vrangforestillinger (Bateman & Holmes, 1995). I denne sammenheng blir prinsippet om *psykisk energi – libido*, også viktig, i tillegg til Freuds strukturelle modell – id, ego, superego. Psykisk energi, libido, er instinktivt og vil ”klistre” seg fast til ett objekt etterfulgt av løsrivelsen i det narsissistiske stadium. Fokuseringen av libido mot et objekt eller ide er det som refereres til som *besetzung/ cathexis* (Freud, 1911).

Objektet som energien eller libido er rettet mot befinner seg *som regel* utenfor en selv. I de fleste tilfeller representerer det libidinøse objektet et *annet menneske* som man forelsker seg i og investerer tid og krefter på. Jo høyere ladning den psykiske energien som er investert i objektet har, jo større er fascinasjonen/ fikseringen. Når nevrotikeren benytter seg av fortrenning er libido fiksert på noe ubevisst, men i bevisstheten er libido rettet mot et annet vikarierende objekt eller idé (substitutt). En nevrotiker har ikke evnen til å sublimerer, dvs. bruke driftsenergien på andre, «høyere» mål. Hos nevrotikeren hindres sublimeringen av tidlige, sterke fortrenninger (Raaheim & Skre, Det store norske leksikon: nettresurs).

”*Alle instinkter som ikke skaffer seg utladning utad, vender seg innad*”- Nietzsche

Hos den psykotiske er ikke den psykiske energien rettet mot et ytre objekt i det hele tatt, men tilbaketrasket og *rettet innover mot ego* – tilbakevender til en infantil autoerotisme. Libido trekker seg tilbake fra *alt* utenfor. Freud tenkte at det psykotiske mennesket benekter eksistensen av noe som helst det skulle være verdt å rette energien mot (Hinslewood, 2004).

Freud oppfattet psykosen som en regresjon til en primitiv *narsissistisk* tilstand, hvor personens eneste seksualobjekt er hans *eget jeg* eller *ego* (Freud, 1911). Freud valgte derav å referere til psykose som en *narsissistisk nevrose* (Freud, 1914). Freud tolket Schrebers opplevelse av verdenskatastrofe som at den virkelige verden ikke hadde noen betydning og heller ikke menneskene i den. Derfor kunne ikke Schreber, eller andre psykotiske pasienter relatere seg til andre mennesker, selv ikke til Freud. ”Psykotisk overføring” av denne typen er omtalt videre i psykoanalytisk litteratur som en tilstand hvor pasienten tilsynelatende er ute av stand til å oppfatte andre som mennesker, som tenkende vesener, med en psyke lik sin egen, eller er uten evne til å forestille seg at de kan fastholdes i andre mennesker bevissthet (Bateman & Holmes, 1995).

Selv om Freud ikke kunne meddele sine tolkninger til Schreber, eller for den saks skyld, kurere ham, ønsket han likefullt å forstå hva som foregikk – og hvorfor. Freud tolket Schrebers vrangforestillinger som indikasjon på benektelse av homofile impulser. I tillegg til at Schreber skulle forandres til en kvinne, merket Freud seg hvilken betydning menn hadde i Schrebers memoarer, særlig mannlige leger og spesielt Dr. Flehsig, i tillegg til den mannlige Gud, som var hovedårsaken til Schrebers misere. Gud representerer Schrebers ”allmektige” far, Daniel Gottlob Moritz Schreber (1808-1861), som var berømt for sin strenge oppdragelse og passiviserende og krenkende disiplineringsmetoder, som Schreber ubevisst ønsket å hengi seg til seksuelt – i henhold til Freuds tolkninger. Disse ønskene var så skremmende at Schreber heller benektet hele verden og skapte seg en ny i sitt indre.

Ut i fra denne megalomane forestillingen konkluderte Freud med at i tilfeller av paranoia (eller psykoser som jeg ville sagt) skyldes at libido frigjøres og omdirigeres til ego – og benyttes for å ”forstørre” ego. Ens eget ego er det eneste seksuelle objektet, som i det narsissistiske stadium, hvor libido utvikles. Freud ser på Schreber-tilfellet som *klinisk evidens* for at den paranoide har vedholdt seg en *narsissistisk fiksering* og at man derav kan anta at tilbakegangen fra en *subliminert homoseksualitet* til narsissisme forutsetter et element av regresjon som er karakteristisk for paranoia (Freud, 1911).

Freuds tolkning av psykose som benektning av uakseptable homofile impulser har riktig nok ikke tålt tidens tann og lar seg ikke generalisere til andre tilfeller. Freuds teorier om bl.a. narsissisme (1914) og realitetsprinsippet (1911) har likeledes vært veldig viktige bidrag til videreutvikling av psykoanalytisk, og videre psykodynamisk teori.

Ved å plassere de nonrasjonelle primærprosessene i sentrum av menneskets indre verden åpnet Freud opp for muligheten for en forståelse av psykosen. Symptomene forteller en historie, samtidig som de forsøker å dekke over sannheten for en selv. De psykotiske symptomene kan således sees på som metaforer for indre konflikt. At mennesker med psykose ikke er interessert i verden og i andre mennesker er imidlertid ikke allment akseptert.

4.3 Harry Stack Sullivans Interpersonlige perspektiv

Harry Stack Sullivan (1892-1949) var en av dem som mente at mennesker med psykotiske lidelser *ikke* levde totalt i sin egen verden og derfor ikke evnet å forholde seg til andre mennesker. Gjennom sin praksis opplevde han at pasientene derimot var ekstremt sensitive og responsive i forhold til omgivelsene. Selv om deres relateringssevne var svekket og deres kommunikasjonsform ofte var litt merkelig og kryptisk, var de allikevel veldig klar over – ofte smertelig klar over, andre menneskers tilstedeværelse i verden (Mitchell & Black, 1995).

”Everyone is much more simply human than otherwise” – Harry Stack Sullivan

Sullivan hadde ikke noen tro på at symptomene var tilfeldige, meningsløse ytringer som stammet fra et fysiologisk system i ”forråtnelse”, i tråd med den psykiatriske, kraeplinske forståelsen som dominerte på samme tid, hvor psykose eller schizofreni ble ansett som en progressiv, degenerativ hjernesykdom. Sullivan mente symptomene oppstod i interaksjon med omgivelsene og innstiftet den interpersonlige tilnærmingen til psykose, senere gjort bedre kjent gjennom blant andre den skotske psykiateren Ronald David Laing (1927-1989) som var svært influert av Sullivans tenkning.

Sullivan var opptatt av at både tidligere og nåværende interpersonlige forhold må tas med i betraktning om man skal kunne forstå reaksjonsmåtene/ symptomutformingen til et menneske. Mennesker lever i kontinuerlig interaksjon med omgivelsene og personen kan aldri løsrives fullstendig fra kontekst. Sullivan var derfor interessert i interaksjonsmønstre – hva som skjer mellom mennesker. Sullivan spurte derfor om detaljer om forhold til andre mennesker for å forstå hvordan reaksjonsmønstre var konstruert og forsøkte å få grep om det emosjonelle klimaet som danner vekstgrunnlag for personens symptomflora.

Hvor Freud var mest opptatt av å avdekke ubevisste, fortrenge ønsker, impulser og fantasier, var Sullivan mer opptatt av å avdekke ”ubevisste” interaksjonsmønstre. Sullivans studier av interpersonlige prosesser avdekket at nettopp *angst* var avgjørende for utformingen av personens interaksjon og opplevelse. Psykotiske symptomer blir i forlengelsen av dette sett på som et derivat av angst – som avledning og forsøk på å mestre den underliggende angsten. Sullivan mente at angst er noe man plukker opp fra andre mennesker, spesielt fra primære omsorgsgivere, i tidlig alder, gjennom det han kalte *empathic linkage*. Sullivan mente videre at angsten har enorm påvirkningskraft på videreutvikling av selvet (Sullivan, 1953).

Angst er ikke bare stressende, skremmende og uutholdelig i seg selv, men fører også til disintegrasjon av affekt og opplevelse. Intens angst generer fragmentering av selvet ved at aktivitet som fordrer angst i omgivelsene spaltes av og oppleves således ikke som en del av en selv, de blir ”not me”, i henhold til Sullivans terminologi. Sullivan beskriver hvordan aspekter ved selvet organiseres som not-me slik:

”The not-me is literally the organization of experience with significant people that has been subjected to such intense anxiety, and anxiety so suddenly precipitated, that it was impossible for the then relatively rudimentary person to make any sense of, to develop any true grasp on, the particular circumstances which dictated the experience of this intense anxiety”
(Sullivan, 1953).

Opplevelser av denne typen er så overveldende at de dissosieres – de blir ikke integrert i selvopplevelsen og kan ikke gjenerindres, fordi personen var ikke tilstede og minnene ble aldri konsolidert og lagret. Slike opplevelser etterlater hull i bevisstheten og selvopplevelsen. Veldig sterk angst skaper amnesi for hendelsen forut for angsten og hva som utløste den blir ikke organisert i barnet og blir derfor siden u håndterlig for den voksne (Mitchell & Black, 1995). Sullivan sammenligner angsten som inntreffer ved plutselige, intense negative emosjonelle reaksjoner fra omgivelsene med et voldsomt slag mot hodet, som har en tendens til å medføre hukommelsestap i forhold til omstendighetene rundt hendelsen hvor slaget inntraff (Sullivan, 1953). Ved paranoide psykoser blir elementene av selvet som er ”not me” personifisert. De uaksepterte tendensene hos en selv transformeres til andre og man kan toe sine hender for all skyld og skam. Skammen og selvforakten – ”den indre forfølgeren” projiseres over på omgivelsene og erstattes så av ytre forfølgere (Cullber, 2005).

4.4 Ronald David Laing og den Ontologiske usikkerheten

Laing så også på psykose som noe som oppstår gjennom interpersonlig prosesser og reflekterer en grunnleggende usikkerhet som bunner i forvirrende og ofte dobbeltbundet kommunikasjon innen familien. ”*Problemet med schizofrene er at de ikke kan stole på noen. De kan ikke sette alt på ett brett*” (Laing, 1960). Å ikke kunne stole på *noen* innebærer også at en ikke kan stole på seg selv.

Uklarhet i omgivelsene generer uklarhet i selvopplevelsen, noe som resulterer i *ontologisk usikkerhet*. Ordet ”ontologisk” er av gresk opprinnelse og betyr noe som ”slik ting faktisk er”. – De kan ikke stole på at det de opplever er virkelig, og selvet mister også sin egen virkelighet. Selvet klarer ikke å opprettholde noe ”sentiment du réel” og står ikke i forbindelse med virkeligheten, noe som skaper en eksistensiell ensomhetsfølelse.

Laing (1960) beskriver det psykotiske utviklingsforløpet som en konsekvens av et forsøk på både å trekke ytterligere tilbake, og å gjenoppbygge, selvet. Forandringen selvet gjennomgår:

1. Selvet mister en fast forankring og blir flyktiggjort
2. Selvet blir uvirkelig
3. Selvet oppleves utarmet, tomt, dødt og spaltet
4. Det blir mer og mer fylt med hat, frykt og misunnelse

Den viktigste forutsetningen for en normal selvutvikling er en tidlig ervervet tro på validiteten av ens egne subjektive opplevelser. Virkelighetssansen er ikke nedlagt i mennesket.

– Den er i høy grad et intersubjektivt fenomen (Karterud & Monsen, 1997).

4.4.1 Hovedskillet mellom Freuds og Sullivans psykoseforståelse

Hovedskillet mellom Freuds psykoseforståelse og den interpersonlige tilnærmingen representert her ved Sullivan og Laing, er at Freud så på intrapsykisk konflikt som årsaken til psykose og den interpersonlige tilnærmingen ser på psykose som et fenomen som oppstår i det interpersonlige rommet mellom mennesker. En annen vesensforskjell er at Freuds psykoanalytiske teorier skiller selvet fra omverdenen og andre mennesker, mens interpersonlig teori ser på selvet som en sosial konstruksjon som ikke eksisterer uten omgivelsene. En annen psykodynamisk teori som vektlegger relasjonelle forhold er objektrelasjonsteorien.

4.5 Kleiniansk objektrelasjonsteori

Jeg har valgt å kursivere ordet *Kleiniansk* ettersom jeg har valgt å fokusere hovedsaklig på Melanie Kleins bidrag til objektrelasjonsperspektivet i denne omgang. Objektrelasjonsperspektivet utvider Freuds forståelse av menneskelig motivasjon. Behov for *tilknytning*, *kontakt* og *selvbekreftelse* blir å regne som *egne motiver*, i tillegg til libidinøse og aggressive driftsønsker. Dette innebærer langt større mangfold av motiver og følgelig også langt flere behov og følelser som kan komme i konflikt (Gullestad & Killingmo, 2005).

I følge objektrelasjonsperspektivet får *jeget* sine strukturer gjennom indre representasjoner av våre tidligste omsorgspersoner. Dette skjer gjennom identifikasjonsprosesser av ulike slag. Et barn som tidlig er utsatt for uttrygghet og alvorlige mangler i de tidlige bærende relasjoner, utvikler svakere jeg-strukturer (Cullberg, 2005). Manglende eller utilstrekkelig differensiering og individuasjon gjør det vanskelig å skille mellom hva som hører hjemme hos en selv og hva som hører hjemme i omverdenen. Individuasjon referer til utviklingen av et avgrenset individuelt selv – *enkeltvesenets utskillelse fra totaliteten* (Jung, 1971).

4.5.1 Paranoid-schizoide posisjon og depressiv posisjon

Den kleinianske objektrelasjonsteorien skiller seg diametralt fra andre objektrelasjonsteorier. Melanie Klein (1882-1960), som er svært sentral innenfor objektrelasjonsperspektivet, introduserte begrepene "*paranoid-schizoide posisjon*" og "*depressiv posisjon*" som representerer en universell måte å organisere erfaringer på hos alle spedbarn og siden episodisk hos voksne. Den paranoid-schizoide posisjon innebærer *splitting* av godt og vondt i både vår indre og ytre virkelighet og fungerer som en måte å forholde seg til verden på.

4.5.2 Dødsinstinkt og destruktivitet

Splitting betegner i denne sammenheng en psykisk atskillelse av uforenelige eller motstridende følelser og selv- og objektrepresentasjoner. Splitting er en del av den normale utvikling hos barnet, mens splitting brukes også som forsvarsmekanisme ved alvorlige stresstilstander og psykopatologi (Klein, 1932). Klein hypnotiserte at den paranoid-schizoide posisjon inntas som forsvar mot *forfølgelsesangst*. Angsten stammer, i følge Klein, fra *dødsinstinkt*et – *thanatos*, noe hun baserte på Freuds opprinnelige teori av 1920, hentet fra hans "Hinsides Lystprinsippet", som ingen andre teoretikere enn Klein egentlig anerkjente. (Thanatos er for øvrig et ord Freud selv aldri brukte.) Kleins fokus på den iboende destruktiviteten i barnet ble for provokativt til å kunne befestes blant andre innenfor perspektivet.

I likhet med både tradisjonell psykoanalytisk teori og interpersonlig teori, handler psykose i bunn og grunn også her om *angst* – i dette tilfellet representert ved dødsangsten. I følge Klein er angsten produkt av dødsinstinktet og den paranoid-schizoide posisjon er en måte å forholde seg til angsten på; *The working of the death instinct within gives rise to the fear of annihilation and that this is the primary cause of persecutory anxiety*” (Klein, 1932). Den depressive posisjon innebærer organisering av både godt og ondt i ett og samme objekt. Når objektene ikke lenger er splittet i godt og ondt har de oppnådd *objektkonstans*. For å kunne forholde seg til hele objektet kreves det at *kapasiteten til å reparere* kan balansere og kompensere for destruktiviteten Klein mente driver oss alle, i alle fall i det ubevisste (Mitchell & Black, 1995).

Den depressive posisjon er en mer utviklingsmessig avansert posisjon som fordrer en viss modenhetsgrad i jeget. Får å være i den depressive posisjon må man ha evne til å kunne gi avkall på forestillingen om et objekt som ensartet godt eller ondt. Oppnåelse av nyanserings- og integreringsevne medfører nødvendigvis at man berøves sine illusjoner. I følge Klein er det ikke slik at hvis du først er i den depressive posisjon, så forblir du der. Evnen til å fastholde den depressive posisjon kan svikte hvis posisjonen ikke er grunnleggende etablert og da kan man ”falle tilbake” i den mer primitive paranoid-schizoide posisjon, hvor objektkonstans ikke er noen forutsetning. Splittingen av godt og ondt innebærer også en splitting i selvrepresentasjonene og manglende evne til å skille klart mellom den ytre virkeligheten og det som objektrepresentasjonene sender advarsel om (Cullberg, 2005).

I den paranoid-schizoide posisjon benyttes splitting og projeksjon som forsvar – personen frir seg fra det onde og uakseptable i seg selv og projiserer det ut på andre. En psykose innebærer altså, i kleiniansk terminologi, en splitting i objekt – og selv-representasjoner og en manglende selv-objektkonstans – selvet blir stående i en *udifferensiert psykotisk posisjon*. I likhet med i klassiske psykoanalytiske teorier innebærer psykose også objektrelasjonsteorien i en form for *regresjon* – en tilbakegang fra en utviklingsmessig modnere posisjon til en mer primitiv posisjon som kjennetegnes av en overvekt av destruktive impulser. I denne teorien ses en depressiv reaksjon som en mer moden psykisk reaksjon enn en psykotisk reaksjon. Den depressive posisjon innebærer kapasitet til å ta livets sørgelige realiteter inn over seg. Som tidligere nevnt hevdet Freud at det ikke var mulig å etablere et overføringsforhold til noen med psykose. I objektsrelasjonstermenologi vil det si at objektrelasjonen er fullstendig fraværende. I kleiniansk teori ser man det derimot ikke slik:

Objektrelasjonen (overføringen) er høyst problematisk, men ikke ikke-eksisterende. Overføringen ansees som *tynn, prematur og klebende*, noe som avspeiler en desperat ensomhet som går parallelt med redsel for intimitet. Relasjonen til behandler kan preges av en passiv avhengighet lignende et spedbarns avhengighet til mor. Separasjonsangsten kan være så sterk at det oppleves som at hvis objektet forsvinner, forsvinner hele verden med objektet, noe som kan gi utslag i et defensivt forsvar (Bateman & Holmes, 1995).

4.6 Winnicott og det falske selv – og det sanne selv

Andre foregangsskikkelser innenfor objekrelasjonsperspektivet, som for eksempel Donald Woods Winnicott (1896-1971) vektlegger ikke dødsdrift og destruktivitet i samme grad som Klein og fokuserer på *mangel* fremfor *konflikt* som foranledning til psykotiske prosesser. Den psykotiske tilstanden bunner i, ut fra Winnicotts syn, i frykten for *tilintetgjørelse* som oppstår på grunn av et *manglende integrerende, autonomt jeg* (Winnicott, 1962). Winnicott blir ofte nevnt som en av forløperne for utviklingen av selvpsykologien, da det var han som i lanserte begrepene ”det falske selv” og ”det sanne selv” (Winnicott, 1965) som blir brukt av aktører innenfor både interpersonlig-, objekrelasjons- og selvpsykologisk- teori.

Det er ikke så enkelt å plassere Winnicott teoretisk, jeg valgte derfor å nevne ham nettopp her, illustrerende nok, i overgangen mellom objekrelasjonsteori og selvpsykologi. Winnicott understreker viktigheten av foreldrenes psykologiske forståelse av barnet for en sunn psykologisk utvikling og videre for utviklingen en av et stabilt selv – det sanne selv. Hvis omsorgspersonens tilpasning til barnet ikke er god nok, vil barnet ubevisst ta i bruk kompensatoriske strategier og utvikler i stedet for et falskt selv for å beskytte seg mot overlast. Det er normalt å veksle mellom det sanne og det falske selv som en måte å tilpasse seg omgivelsene og utvikle seg. Det falske selv har en funksjon, å beskytte det sanne selv. Hvis barnet blir utsatt for vedvarende mangler i omgivelsenes tilpasning til sine behov vil det falske selv bli *for* dominerende. Konsekvensen av et falskt selv, som oppleves mer og mer dødt, mekanisk og fremmedgjort, er at det sanne selvet ikke blir levd og bannlyses til slutt fra realiteten – en manifestasjon av en psykotisk tilstand.

“If you look around, you can see this splitting of the self is an achievement of personal growth; in illness the split is a matter of a schism in the mind that can go to any depth; at its deepest it is labelled schizophrenia.” (Winnicott, 1964; gjengitt i Abram, 1997).

4.7 Selvpsykologisk perspektiv som grunnlag for psykoseforståelse

”Men Hva er da dette mit Selv.. det er det Abstrakteste af Alt, der dog tillige i sig er det Concreteste af Alt – det er Friheden.” – Søren Kierkegaard

Heinz Kohut (1913-1981) regnes som grunnleggeren av selvpsykologien. Kohut forlot de tradisjonelle strukturbegrepene, id ego og superego og fokuserte isteden på *selvet*.

Selvet er et begrep som er vanskelig å operasjonalisere, men det har blitt gjort noen redelige forsøk: Selvet refererer som oftest til folks oppfatning av seg selv, sine egne ideer om hvem de er og deres personlige karakteristikk, evner, erfaringer, følelser og planer. Selvet kan sies å være den bevisste personlighet. Selvet er all kunnskap en person har om seg selv. Denne kunnskapen inkluderer minner fra tidligere hendelser og erfaringer, trekk, attributter, vaner, preferanser, tro, håp, frykt, verdier, planer, sosiale forhold og roller. Alt vi vet om oss selv er selvet. Selvet er også sentrum for bevissthet, emosjonelle behov og ønsker. (Augustinos, Walker & Donaghue, 2006).

Cullberg (2005) inkluderer både den bevisste og *ubevisste* opplevelsen av egen person i sin definisjon av selvet.

Hva mente så Kohut opprinnelig med begrepet selvet? Opplevelsesmessig refererer selvet til en følelse av eierskap, opprinnelse og sammenheng av egne emosjoner, tanker og handlinger. I teoretisk forstand, hevdet han, er selvet å forstå som summen av individets selvrepresentasjoner (Karterud & Monsen, 1997). Selvpsykologien tar skarpt avstand fra vesentlige sider ved Kleins teorier, dette gjelder spesielt teorien om dødsdriften og vektleggingen av den primære destruktiviteten i mennesket, i form av hat, misunnelse og grådighet. Edward Glover, som Kohut karakteriserte som en av sine store helter (Kohut, 1984) ble så provosert av Klein at han meldte seg ut av den britiske psykoanalytiske foreningen i protest for en periode og meldte seg inn i den japanske foreningen istedenfor (Karterud & Monsen, 1997).

I følge Kohut dannes selvets struktur gjennom kvaliteten i det tidlige samspillet mellom foreldre og barn, og barnets internalisering av foreldrenes funksjoner. Måten du blir møtt på former relasjoner i selvet. Dette skjer gjennom speiling og er helt avgjørende for etableringen av et stabilt, koherent og ektefølt selv. Nå er det jo dessverre en gang slik at ikke alle foreldre evner å dekke barnets behov for å bli sett, speilet, bekreftet og anerkjent. Hvis barnet for eksempel speiler seg i et deprimert ansikt blir ikke barnets selvopplevelse validert/ gyldiggjort og selvet blir heller ikke konsolidert. Manglende validering av selvopplevelsen medfører brudd i selvopplevelsen.

Når slik bekreftelse har vært gjennomgående fraværende eller falsk, vil barnets tro på sin egen subjektive virkelighetsopplevelse være svak og ustabil. En slik naturlig indre overbevisning kan ikke tas for gitt (Karterud & Monsen, 1997). – Selvet er altså på ingen måte en selvfølge. Hvis selvet ikke oppnår sammenheng, eller koherens, vil det trues av en tomhetsfølelse eller fragmentering. Fragmenteringen av selvet sees i forlengelsen av dette som forsvar mot ubærelig psykisk frustrasjon og smerte. *Struktursvakheten* som oppstår i selvet er i selvspsykologisk perspektiv, *den viktigste disponerende faktoren for psykotiske reaksjoner*.

Psykosser og alvorlige personlighetsforstyrrelser lå i utkanten av Kohuts interesseområde (Karterud & Monsen, 1997). Heldigvis har flere av Kohuts etterfølgere plukket opp tråden. Noen av de viktigste bidragene har kommet fra Stolorow, Brandchaft og Atwood (1987) som satte fokus på *affektenes organiserende rolle for selvopplevelsen*. I følge deres syn blir barnet sårbart for selvfragmentering fordi dets affektive tilstander ikke har blitt møtt med adekvat respons fra omgivelsene. Dette medfører at de affektive tilstandene ikke blir integrert i organiseringen av barnets selvopplevelse. Psykose ses på som forsvar for å opprettholde integriteten i en skjør selvstruktur (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987).

Silvan Solomon Tomkins (1911-1991) utarbeidet affekt- og skriptteorien (Tomkins, 2008) som postulerer at affektsystemet spiller en sentral rolle i forhold til organiseringen av selvopplevelsen. Affektene er "limet" som binder opplevelsen sammen. Tomkins introduserte termen "kjerneskipt" for å beskrive sentrale organiseringsprinsipper som består av de mest påtrengende, uløselige konfliktene i individet. Kjerneskiptet er som oftest bygget opp av en eller flere kjernesener hvor noe som potensielt skulle være positivt, snus om og ender i noe veldig negativt, scener hvor man ikke har blitt møtt med den reaksjonen man først hadde forventet. Dynamikken i kjerneskiptet består i forsøk på å rette opp denne opplevelsen ved å forsøke å gjøre det samme om igjen for å gjøre det godt igjen, men resulterer isteden i samme respons. Dette repeteres om og om igjen og forsterker strukturen i kjernesenerne. Slike interaksjonsmønstre eller *mentale representasjoner* dannes gjennom tidlig interaksjon med tilknytningspersoner (Monsen & Monsen, 1999).

Eksempel på en scene:

Interesse: "Mor, se hva jeg har laget!" → Respons: "Kan du ikke lage noe ordenlig kunst"

Eksempel på kjernesener som fører brudd i selvopplevelsen:

Interesse/ opphisselse → skyld → brudd i selvopplevelsen → skam → tilbaketrekning

Situasjoner hvor individet har vist interesse overfor omgivelsene og ikke blir møtt med gjensidig interesse, resulterer i skyld, brudd i selvopplevelsen/ forvirring, skam og endelig, tilbaketrekning. Gjentatte brudd i selvopplevelsen medfører fragmentering av selvet og i ytterste konsekvens selvtap. Utfallet av denne kjernesenen, *tilbaketrekning*, kan også virke som en negativt forsterkende faktor for psykoseutvikling.. og omtales også som et symptom..

I likhet med Freud mente også Kohut, i alle fall *initielt*, at personer med en psykoselidelse var uanalyserbare og ikke tilgjengelige for psykologisk behandling (Kohut, 1971, 1977).

Kohut nyanserte dette noe senere, ved å si at det ikke er korrekt at psykoser i prinsippet er uanalyserbare, de er bare *svært vanskelige å behandle*. Den psykoterapeutiske teknikken må modifiseres og terapeuten må forsøke å *styre* intensiteten i overførings-motoverføringsforholdet. Vanskelighetene består i å opprettholde en konsekvent empatisk holdning og ikke gå vill i egne motoverføringer (Kohut, 1980).

4.8 Psykose i et traumeperspektiv

Flere nyere studier har vist at traumer og belastninger opptrer meget hyppig ved psykose (Read, Mosher & Bentall, 2004), (Morrison, Read & Turkington, 2005), (Read et al. 2005), (Larkin & Read, 2008). Det er viktig å ta dette med i betraktning i møte med pasienter som utviser symptomer på psykose. Stress-sårbarhetsmodellen innebærer at potensielt traumatiserende opplevelser og store livsbelastninger og deres påfølgende konsekvenser har omfattende betydning for allerede sårbare individer. Innen psykiatrien har disse forholdene blitt tonet ned i høy grad til fordel for biogenetiske faktorer.

Psykotiske symptomer kan betraktes som resultat av en *maladaptiv mestringsstrategi* som har utviklet seg som tilsvar på å mestre, eller i det hele tatt utstå, en *livssituasjon* som uten symptomenes tilstedeværelse ville synes *uutholdelig*. Dette innebærer at mange som utvikler en psykose har med seg ubearbeidede fryktelige opplevelser og usorterte affekter i bagasjen. Det er ikke slik at dette *alltid* er tilfellet, men empirien støtter opp om at det ofte nettopp er slik det er stilt med mange som utvikler psykose. Beck og Van der Kolks studier fra 1987 avdekket at halvparten av i alt 26 kvinner med kronisk psykose ved en sykehusavdeling i USA, hadde vært utsatt for incest (Beck & van der Kolk, 1987). Traumene som er mest ødeleggende for integrasjon av selvopplevelse er *traumer mot selvfølelsen – krenkende og ydmykende opplevelser som frembringer skamfølelse, selvhat og påfølgende brudd i selvopplevelsen*.

4.8.1 Hva er egentlig et traume?

Nåtidens traumeforskere definerer som regel et traume som en ytre hendelse som fører til en *tilstand av hjelpeløshet*, der evnen til psykisk *prosessering av det som finner sted, er brutt sammen eller er sterkt redusert* (van der Kolk, McFarlane & Weisæth, 1996).

I DSM-IV-TR defineres et traume som at personen er vitne til, eller konfrontert med en eller flere hendelser som involverer død, eller trussel om død, alvorlig skade, eller trussel mot egen eller andres fysiske integritet og personen reagerer med intense følelser av frykt, skrekk eller hjelpeløshet. Et traume, bør etter min mening, ikke nødvendigvis involvere død eller trussel om død, men kan også referere til *trussel om ødeleggelse, disintegrasjon eller tilintetgjørelse av selvet – selvtap*.

I psykoanalytisk tradisjon sees den traumatiske tilstand i individuelt perspektiv. En opplevelse kan være traumatiserende for én, men ikke nødvendigvis for en annen, i tillegg blir ytre hendelser alltid fortolket og organisert forskjellig av hver enkelt, med utgangspunkt i den enkeltes personlige historie og i forhold til egne behov og fantasier (Gullestad, 2005).

Med fare for å overforenkle resonnementet, handler det altså som kjent, ikke bare om hvordan man har det, men også om *hvordan man tar det*.

Ut i fra antagelsen om at et hvert psykopatologisk symptom beskytter mot noe som er enda verre (Thorgaard, 2006) kan det godt tenkes at dette *enda verre* kan vise seg nettopp å være et *traume mot selvfølelsen*. Det vil, etter min mening, være essensielt å avdekke dette som måtte være enda verre i behandling. Det foreligger dokumentasjon som viser til at andelen pasienter med schizofreni (kommer ikke helt unna schizofrenibegrepet, ettersom det brukes i denne forskningen) som har vokst opp under traumatiserende omstendigheter er overrepresentert (Siegel, 1999).

Jeg tror det er en lei tendens til at det ikke blir spurt aktivt etter potensielt traumatiserende livshendelser hverken under utredning eller behandling, noe jeg personlig vil anta til dels henger sammen med frykten for retraumatisering av pasienten – og til dels med behandlerens behov om å verne seg selv mot ubehaget det medfører å etterspørre traumeerfaringer. Etter hva jeg kan forstå, kreves det mer bevisstgjøring omkring traumenes og skammens ”selvoppløsende” kraft blant de som jobber i psykosefeltet.

4.8.2 Skammen rammer hele selvet

Skam er et sosialt fenomen. Skam er et budskap om ikke-verdi i fellesskapet, at du gjorde noe galt (Benum, 2003). Skam er noe som oppstår i møte med andre, ikke en iboende ”arvesynd” vi har med oss fra fødselen av.

I møte med psykotiske mennesker, i min studie, har jeg fått erfare at skam er et gjennomgående tema og en sentral affekt. Skam er en affekt i særstilling fordi det er skammelig å føle skam, og man holder den derfor helst for seg selv og forsøker å fortrenge skammen så langt det lar seg gjøre. Skam er en farlig affekt nettopp fordi man gjerne ikke viser den. Sex kan være skam, nederlag kan være skam, men enda mer skammelig er det å snakke om sin egen skam. Den som opplever angst eller sorg, kan oppleve omgivelsenes medfølelse og omsorg.

Den skamfulle forventer bare forakt. Det er skammens dobbelte byrde (Skårderud, 2004). Skammen er altomfattende og altopplukende – den rammer *hele selvet*, og det med full kraft. Bevisst eller ubevisst, er skam en affekt som oppstår grunnet *selvdiskrepans*, forskjellen mellom forventning og realisering av selvet. Følelsen av ”det er ikke sånn jeg burde ha vært.” Skammen kan tre frem av spenningen mellom hvordan individet ønsker å bli sett, og hvordan individet føler at det blir sett. Høye selvidealer og perfektjonisme skaper sannsynlighet for uoverensstemmelse mellom det individet faktisk er og hvordan det ønsker å være. – Desto større kan selvforakten og selvbebreidelsene bli (Skårderud, 2002).

4.8.3 Ligner ikke psykose på dissosiasjon?

I forbindelse med traumefokus, fragmentering og selvoppløsning kan det være nyttig å spørre seg hvorvidt det er hensiktsmessig å skille mellom dissosiative og psykotiske forstyrrelser. Det handler jo i bunn og grunn om det samme – om brudd og fragmentering av opplevelsene. Man burde kanskje se på dissosiative og psykotiske forstyrrelser som ledd i et kontinuum, hvor primær dissosiasjon, spaltning av opplevelse og affekt, uttrykker mindre forstyrrelse og psykose, kjennetegnet ved dyptgripende spaltning av selvstrukturen, ses på som større forstyrrelse av samme karakter. Dissosiasjon fordrer i det minste en strukturering, mens psykosen karakteriseres av gjennomgående og komplett kaos. Differensialdiagnostikken mellom dissosiative lidelser og psykotiske lidelser har fått økt oppmerksomhet i senere tid. Spørsmålet om det egentlig er mulig å skille dissosiasjon fra psykose er svært aktuelt, men jeg har ikke mulighet til å vie dette spørsmålet mer plass i denne omgang.

4.9 Psykodynamisk psykoseforståelse oppsummert

De ulike dynamiske teoriene fokuserer på *ulike aspekter* ved den psykotiske opplevelsen. Felles for de alle er at de psykotiske symptomene ansees som meningsfulle og symptomene har oppstått som forsvar mot noe – det være seg ubevisst intrapsykisk konflikt, ubevisste interaksjonsmønstre, neglisjerende omgivelser, manglende integrerende autonomt jeg, manglende selv-objektkonstans, ontologisk usikkerhet etc. Selv om terminologien som benyttes er ulik, kan man allikevel forene tanker fra de ulike psykodynamiske teoriene uten at det skaper store kontradiksjoner. Alle teoriene anerkjenner at det foreligger en forstyrrelse i selvopplevelsen, at psykose er en reaksjon og har en funksjon; som beskyttelse eller avverge mot en ellers overveldende og uhåndterlig angst. Hvor denne mye omtalte angsten stammer fra hersker det derimot uenighet om.

Jeg er av den oppfatning at det vil være av klar klinisk nytteverdi å forsøke å utforske hvor angsten stammer fra *sammen med pasienten, gjennom en felles konstruksjon av mening*.

Det finnes nok like mange årsaker til angst som det finnes individer. Å tilby en ferdigstilt teoretisk forklaringsmodell som ikke gir noen mening for pasienten selv, vil være fullstendig fånytt, eller hvorfor forsøke å si det selv, hvis Nietzsche har sagt det bedre; det ville være *til og med mer ubrukelig enn kunnskap om vannets kjemiske sammensetning for en druknende sjømann* (Nietzsche, 1878).

DEL V – MIN STUDIE AV PSYKOSE OG SELVOPPLEVELSE

5.0 Presentasjon av studien

Min studie vil primært være en fenomenologisk utforskning av informantenes subjektive opplevelse av *det å være psykotisk* og *det å være seg selv*. Min teoretiske forståelse vil være forankret i psykodynamisk/ selvpsykologisk perspektiv. Min hovedpåstand er at informantenes egne beskrivelser av seg selv og de psykotiske opplevelsene kan bidra til økt forståelse av selvopplevelsen ved psykose. Selvopplevelsen kommer ikke nødvendigvis umiddelbart til uttrykk gjennom opplevelsbeskrivelser. Håpet er allikevel at selvopplevelsen tilkjenngis *gjennom en teoretisk forståelse* av den psykotiske bevisstheten. I tillegg stilte jeg meg selv det store spørsmålet: Vil dynamisk psykoseforståelse fortsatt virke like meningsfull i lys av informantenes egne beskrivelser av psykose?

5.1 Formål

Hovedformålet med studien er å kunne forstå den psykotiske opplevelsen bedre ved å la de som selv har førstehåndserfaring med psykose få komme til ordet. Bedre forståelse gir bedre behandling. Min studie vil ha som siktemål å avdekke hvilke tilgjengelige forutsetninger for selvopplevelse som foreligger ved psykose, hvilke implikasjoner psykosen har for selvopplevelse og hvordan selvforstyrrelsen manifesterer seg i egne beskrivelser av den psykotiske opplevelsen og opplevelsen av et selv.

5.2 Problemstilling

Hvordan kommer forstyrrelse av selvopplevelsen til uttrykk gjennom egne beskrivelser av psykose og opplevelsen av seg selv?

5.3 Metode

5.3.1 Data og data analyse

Jeg har benyttet meg av en kvalitativ forskningsmetode som bygger på fortolkning – hermeneutikk og menneskelig erfaring – fenomenologi (Forskningsetiske komiteer, 2010). Valg av metode er tatt på bakgrunn av at formålet var å studere personenes egne opplevelser og hvordan personene kommuniserer om dem. Metoden omfatter semistrukturert dybdeintervju og analyse av transkripsjon på mikronivå. Målet er å utforske psykose, slik det oppleves for de involverte selv. Data som innhentes er kvalitative: subjektive beskrivelser i

form av lydopptak av språklige ytringer, som siden ble transkribert ut i sin helhet. Metoden som benyttes er fenomenologisk i form av at intervjuene tar sikte på å fremstille fenomenene slik de umiddelbart fremtrer for informantene. Analysen av transkripsjonene innebærer fortolkning sett i psykodynamisk perspektiv og er således også hermeneutisk og ikke uavhengig av teori. Tilnærmingen til dataanalysen kan derfor best beskrives som *fenomenologisk hermeneutisk*, en metodologi som er *både beskrivende og fortolkende* (Postholm, 2010).

I analysearbeidet ble transkripsjonene systematisk gjennomgått og beskrivelsene ble kategorisert ut i fra felles tema/ fellestrekk. Kategoriene ble operasjonalisert etter beste evne, ut i fra *kjernen* i det som beskrives av samtlige informanter. Jeg har valgt å fokusere på tema som var gjennomgående for samtlige av deltagerne for å begrense omfanget av datamaterialet. Videre analyseprosedyre bestod i å validere tidligere behandlede begreper og konstrukter fra psykodynamisk teori og bekrefte/ avkrefte tidligere hypoteser hentet fra presenterte teorier.

5.3.2 Kontekstuell ramme for studien

Informantene ble rekruttert blant inneliggende pasienter ved en seksjon for døgnbaserte tjenester underlagt et distrikt psykiatrisk senter i østladsområdet. Avdelingen består av to sengeposter. Plassene ved den aktuelle posten tilkjennes primært pasienter med psykoseproblematikk. Postens overordnede målsetting er å utrede, behandle og rehabilitere mennesker med psykoseproblematikk, fortrinnsvis pasienter med diagnosen schizofreni. Avdelingen mottar henvisninger fra fastlege, psykiatrisk akuttavdeling og intermedieravdeling, bestående av flere spesialiserte og funksjonsinndelte seksjoner og fra andre distriktpsykiatriske enheter. En stor andel av innleggelsene er planlagte reinnleggelser. Pasientene ved posten kan få tilbud om lavterskelkontrakt, det vil si en kontrakt om at de kan få plass innenn fem døgn, i minst fem døgn, hvis de kontakter avdelingen igjen etter utskrivelse. Avdelingen har 15 plasser.

5.3.3 Utvalg

Inklusjonskriteriet var i utgangspunktet at deltageren ved en anledning var blitt diagnostisert med en psykotisk lidelse – F20-29 i ICD-10. Deltageren måtte også følgelig evne og ønske å la seg intervju om selvpplevelsen knyttet til psykose. Pasienter som var underlagt tvungent psykisk helsevern/ pasienter uten full samtykkekompetanse ble ikke inkludert, da det ikke ble ansett som etisk forsvarlig, i tillegg til informasjon fra pasienter uten full samtykkekompetanse ville ha begrenset nytteverdi. Deltagerne som ble inkludert var i bedring/ remisjon. Utvalget bestod til slutt av fire personer, to kvinner og to menn, i alderen 25-58 år. Samtlige av informantene var diagnostisert med F.20.0 – paranoid schizofreni.

5.3.4 Instrument

Jeg har benyttet meg av en egenhendig utformet intervjuguide; Semistrukturert Intervju for Selvopplevelse ved Psykose: Fenomenologisk Kartlegging, Versjon 1.1 (Appendiks A). Intervjuguiden består av 20 spørsmål knyttet til selvopplevelse og psykoseerfaringer. Én del av intervjuet består av utsagn som informantene skal svare på om de kjenner seg igjen i, eks: ”verden virker fremmed”. Videre beskrives utsagn som passer. Intervjuet tar også for seg spørsmål knyttet til viktige livshendelser, egne tanker om psykosens mening, funksjon og/ eller årsak, hva som har vært til hjelp og hva som mulig kunne ha vært til enda bedre hjelp.

5.3.5 Gjennomføring av datainnsamling

Prosjektet er uavhengig av overnevnte institusjon. Undertegnede er ansvarlig for gjennomføring av intervjuer og forvaltning av datamaterialet. Informantene ble vurdert av psykologspesialist/ psykolog i forkant av intervjuet. Intervjuene ble gjennomført på møterom på avdelingen etter avtale med informanter og avdelingspersonalet. Ingen av informantene hadde motforestillinger knyttet til at intervjuet ble tatt opp på lydbånd. Det var ingen av informantene som ønsket å ha med seg noen fra personalet under intervjuet. Alle informantene var under behandling med antipsykotisk medikasjon under intervjuet. Alle navn og andre gjenkjennende opplysninger har blitt anonymisert/ omskrevet.

5.3.6 Rekrutteringsprosedyre

For å sikre at pasientene ikke følte seg presset til deltakelse ble forespørsel om deltakelse formidlet gjennom kvalifisert personell ved avdelingen. Kun pasienter som selv uttrykket ønske om å snakke om egne opplevelser ble forespurt – pasienter som allerede snakket om sine opplevelser med personalet.

5.3.7 Samtykke

Kun pasienter i bedring/ remisjon ble vurdert. Restsymptomer kunne forekomme. Ikke-samtykkekompetente pasienter ble ikke inkludert. Det var mulighet for at primærkontakt/ behandlingsansvarlig kunne være med under intervju for å forsikre at pasientene følte seg trygge. Slik kunne kvalifisert personell ved avdelingen monitorere og avbryte intervjuet ved tegn til ubehag hos pasienten. Forholdene ble tilrettelagt slik at mulighetene for at deltakere ville lide overlast minimertes. Etter å ha blitt orientert om studien fikk informantene som hadde lyst til å være med utdelt et informasjonsskriv om studiens hensikt og hva deltakelse i studien innebar etc. og signerte den medfølgende samtykkeerklæringen (Appendiks B).

5.3.8 Etiske argumenter

Studien er godkjent av De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Fordelen for den enkelte som deltar, er en mulighet til å skape en personlig narrativ og meningsfull forklaringsmodell gjennom egne refleksjoner. Min grunntanke er at samtale omkring psykotiske opplevelser heller virker styrkende enn skadende, selv om det ikke er mulig å utelukke negative konsekvenser. Gjennomføringen av prosjektet vil ikke medføre engasjement/ belastning utover inneværende behandlingssituasjon. Det kan være en påkjenning å snakke om skremmende og skambelagte opplevelser. Jeg er inneforstått med at intervjuet kan representere en betydelig påkjenning for noen pasienter og utviste følgelig stor aktsomhet. Personer med psykotiske lidelser er sårbare og utviser tidvis redusert forståelsesevne. Dette bør ikke medføre eksklusjon fra å bli hørt. Intervjuet avbrytes ved tegn til ubehag. Hvis man antar at det skal være skadelig å snakke med personer med alvorlig psykisk lidelse burde psykologi som profesjon avskaffes. Å underkjenne denne gruppens opplevelse og kapasitet til refleksjon omkring bevissthet om egen væren er det samme som å underkjenne deres menneskelighet. *Det ville, etter mitt syn, være uetisk. Helhetlig etisk vurdering: Deltakerne vil ikke lide overlast og det synes forsvarlig å gjennomføre prosjektet.*

Ut i fra etiske prinsipper vil det å frakjenne pasienter som har hatt psykotiske kriser muligheten til å definere sine egne opplevelser, være å frata dem deres selvkunnskap, sin fulle bevissthet og menneskelighet (etter Lakoff, 1995).

5.3.9 Empiriske argumenter

Det er fortsatt ikke gjort mye forskning på fagområdet selvopplevelse ved psykose. En studie av Dittmann og Schuttler (1990) viste at 84 % av et utvalg bestående av 50 deltagere diagnostisert med schizofreni, var tilgjengelige for bevisst refleksjon knyttet til sin egen lidelse. Funn fra blant annet denne studien indikerer at de som rammes av psykose søker etter mening og forklaringsmodeller for sine opplevelser og er fortsatt en lite utnyttet ressurs. Bedret forståelse av psykose er til gagn for personer som har opplevd psykose, deres behandlere, deres pårørende og for samfunnet for øvrig. Økt kunnskap om egenopplevelsen hos pasienter med psykose er av klinisk nytteverdi for å forstå, anerkjenne og behandle denne gruppen pasienter på en bedre måte. Resultatene vil være pålitelige og til vesentlig nytte for gruppen det forskes på, pårørende, deres behandlere, samfunnet og vitenskapen. Chadwick (1997) viser til at det å komme frem til en *felles forståelse* av psykosen mellom pasient og behandler er utslagsgivende for et positivt utfall av behandling og tilbakeføring til hverdagen.

5.4 Resultater

Resultatene viser at de som har førstehåndserfaring med psykose *uten tvil* kan gi verdifulle bidrag til forståelsen av den psykotiske opplevelsen. Selv om deltagerne fortsatt var symptomatiske, ga de allikevel innsiktsfulle beskrivelser – historier som ingen andre kunne ha fortalt. Jeg identifiserte i alt 15 subkategorier ut i fra felles tråd eller tema i informantenes beskrivelser. Videre ble kategoriene med nær innholdmessig forbindelse innlemmet i fire større hovedkategorier:

1. Tap av selvet og sammenheng
2. Forsøk på å skape mening og selvforståelse
3. Selvfølelse og mestring
4. Hinder og håp – på veien videre

5.4.1 Tap av selvet og sammenheng

Fragmentering eller oppløsning av selvet ses på som en kjernemarkør ved psykose i henhold til dynamisk/ selvpsykologisk psykoseforståelse. Forstyrrelse i selvopplevelsen kommer til uttrykk, eksplisitt gjennom informantenes beskrivelse av seg selv. Usammenhengende tale indikerer også manglende koherens i selvopplevelsen. Følelsen av å være et selvstendig individ, i en virkelighet med meningsbærende innhold oppleves som forstyrret.

I det følgende avsnittet presenteres deltagerne slik de presenterer seg selv:

5.4.1.1 Selvmotsigende selvbeskrivelse som uttrykk for selvtap:

Beskrivelsene uttrykker en manglende opplevelse av et koherent og ektefølt selv. Samtlige av informantene gir uttrykk for at hvordan de opplever seg selv er kontekstavhengig.

Egenskaper som beskrives som *typiske*, beskrives også som *helt atypiske* – en indikasjon på fragmentering av selvet. ”Daniel”, en mann i midten av tyveårene beskriver seg selv slik:

Ehm jeg er veldig rolig (mm) Ehhm tålmodig., men jeg kan også være veldig utålmodig og veldig hoppe til konklusjoner og altså. Jeg er.. ja, det spørs hvordan, hva er det, jeg har aldri, aldri tenkt på åssen jeg er som person sjøl så det blir liksom litt vanskelig å beskrive åssen jeg er men (mm) jeg ville sagt rolig. (Ja) For det meste. Det har jeg alltid vært. (mm)

I eksempelet beskriver Daniel seg selv som tålmodig og veldig utålmodig, men at han alltid har vært rolig. I det neste avsnittet beskriver han at han som liten var en veldig livelig gutt og at han videre opplever å ha mistet litt av seg selv på den måten:

Da jeg var yngre og sånn så var jeg veldig, jeg var en veldig livelig gutt, snakka mye og sånn (mm) men opp gjennom årene så har jeg på en måte fått veldig mye tilbakemelding og jeg har blitt veldig rolig og stille gutt (mm) jeg har mista litt av meg sjøl på den måten.

Det er ikke patologisk eller videre bemerkelsesverdig å være i besittelse av begge disse diametrale egenskapene, men egenskaper kan ikke være karakteristiske samtidig som de absolutt ikke er det – det utgjør et paradoks. Det ser ut til at selvet er kontekstavhenging og at Daniel ikke har riktig opplevelsen av at noe ”styrer skuta” – det oppleves ikke som om det foreligger et koherent og ektefølt selv som bærer de ulike rollene.

”Ada”, en kvinne i slutten av førtiårene syntes det var fryktelig å beskrive seg selv, noe som avspeiler hennes negative selvforståelse, som hun selv beskriver. Ada beskriver også at det som er typisk for henne er like typisk som det helt motsatte:

A: Uff da... Hvordan vil jeg beskrive meg selv som... hø.... Hjelp meg!...

Det var uff det.... Jeg, men jeg, jeg er positiv, jeg er til å stole på...

Det negative er at jeg er ikke til å stole på.

I: Men du er positiv da.

A: [kremt] Jeg prøver å være det i hvert fall.

I: Du prøver å være det.

A: På en måte så har jeg negativ selvforståelse.

Ada er altså til å stole på, ikke til å stole på, er positiv og har negativ selvforståelse.

Dette har sammenheng med opplevelsen av å måtte spille en rolle, som fremkommer senere i intervjuet. En opplevelse av *falsk selv*. Hun opplever ikke at hun kan leve ut sitt sanne selv.

”Berit”, en kvinne i slutten av femtiårene beskriver seg selv slik:

Jeg er utadvendt ... positiv... eeh drømmende [puster] mmm..... men kan være litt...

negativ og da.... Når jeg møter ukjente (mm) da kan jeg være skeptisk... Jeg er veldig stille egentlig.. når jeg er helt frisk.

Berit opplever seg selv som utadvendt og veldig stille, positiv og negativ. Fragmenteringen i selvet må sees i sammenheng med at hun opplever seg selv ulikt i forhold til hvilken *fase* hun befinner seg i. Berit ser på det å være utadvendt som et *symptom*, fremfor noe eget ved henne.

”Steinar”, en mann i begynnelsen av femtiårene beskriver også på seg selv på en tilsynelatende selvmotsigende måte:

Ja.. Jeg er morsom. Ja.. vet ikke jeg.. glad i mat. Stille og rolig. Ikke noe bråk. Ikke noe aggresjon. Det har jeg ikke..... Jeg er veldig urolig og..... jeg har angst og...

Uroen er noe som oppstår som følge av vrangforestillinger, så han opplever seg selv som rolig ellers. Rolig er en beskrivelse av fremtreden, urolig er en beskrivelse av den indre tilstanden. I følge inkongruensteorien (Beattie, 1776) *ler* vi nettopp av *motsigelser*. Kanskje det er derfor Steinar opplever seg selv primært som *morsom*? Humor er også en vel anvendt forsvarsmekanisme som benyttes av majoriteten for å kunne mestre virkeligheten og beskytte selvet.

5.4.1.2 Usammenhengende tale – Usammenhengende selv:

Usammenhengende tale et fenomen som ofte opptrer ved psykotiske lidelser. Jeg har valgt ut et eksempel fra Berit for å illustrere dette. Det har *ikke blitt referert til dokka* forut for dette.

Han bar meg, jeg har bilder av ham, han bærer meg, vi går tur langs sjønn og på stranda (mm) Og jeg sitter der, lita vettu og han er svær! (mm) Også det... Det er så rart.. For ho mamma, ho hadde mer, hadde mer, hun tok seg mer av.. søsteren min enn meg (mm) men det tror jeg mye har, søstera mi var svakere enn meg når ho var lita. (mm) Ho tålte jo ingen ting! (nei) Og jeg var den som aldri var sjuk! Jeg var sjuk jeg og da (mm) også fikk, kom det en lege en gang, privatlege den gangen, kom en hjem, men det var sikkert mamma og pappa som hadde kjøpt den dokka da.

5.4.1.3 Opplevelse av tvil og usikkerhet som følge av selvforstyrrelsen:

Samtlige av informantene forteller at de stadig hjemsøkes av tvil, en *ontologisk usikkerhet* i forhold til egen persepsjon av virkeligheten, tingenes og opplevelsenes virkelige *væren*.

Daniel beskriver en gjennomgående, *kjip* usikkerhet i forhold til egne opplevelser:

Jeg har prøvd å tenke på det i etterkant, at kanskje jeg blacka ut, kanskje.. kanskje jeg ikke hørte at han kom i bilen, kanskje jeg, jeg har enda ikke skjont den situasjonen. Den tvilen jeg har gjør at jeg ikke helt kan stole på.. verden eller de sansene.. fordi jeg, jeg, ja, jeg blir så usikker på meg sjøl. Kan jeg virkelig stole på det jeg ser og det jeg hører?

Jeg hallusinerte også når jeg var på post x og sov veldig lite.. så så jeg for eksempel på den koppen her (ja) også så jeg at den bunnen var borte (ja) så titta jeg inn, så kunne jeg

se rett igjennom (mm) så hver gang jeg skulle drikke vann så tok jeg alltid tre kopper for å sikre meg at.. ja... sånne ting. (mm) Så jeg kan liksom ikke helt.. jeg blir veldig.. ja, skeptisk da. Hva jeg ser og hva jeg hører og om jeg kan stole på det jeg ser.. Jeg fikk en del tilbakemelding på, hvorfor tar du tre kopper? (ja) men jeg sa jo ikke noe da... Det har gått så lang tid og jeg bryr meg egentlig ikke så mye om det.. men.. det er bare den tvilen som er der, den er litt sånn kjip.

I beskrivelsen over uttrykker Daniel at denne grunnleggende usikkerheten gjør seg gjeldende i hverdagslige situasjoner, sånn som det at han tviler på om koppene holder vann. Tvilen beskriver han som *litt sånn kjip*. Ada forteller under, hvordan hun også tviler på om det hun ser er virkelig eller noe hun innbilder seg og om hun kan stole på det hun hører:

I barndomshjemmet til mor, eller vi har det fortsatt da. (ja) og der var det mye mus... og det tenkte jeg på, det var mus, eller var det bare jeg som innbilte meg at det var mus? (mm) Og sånn er det med sykdommen og at jeg... Når noen sier no, så kan jeg ikke vite... om de mener alvor... Det er sånn jeg lurer på... om tingene jeg tenker på... om de er virkelige. (mm) Eller om det er bare fantasi. (ja) Og det skulle jeg gjerne fått oppklart... Ja, for det er ofte sånn.. ser og hører og hvis jeg spør noen. Ja.. nei, det er ikke... nei søren.....

Ada beskriver hvordan hennes usikkerhet rammer henne med full kraft i trafikken:

Det er også sånn når jeg kjører bil. At det tør jeg heller ikke gjøre lenger. (nei) Plutselig oppdaget jeg at.. midt i rundkjøringa.. "Hvor er jeg i verden?" (mm) "Hva gjør jeg her?" (ja) "Hvor skal jeg kjøre nå?" (mm) Jeg følte det veldig ofte. Jeg var veldig usikker på virkeligheten i trafikken. (mm) Jeg tok ikke, tar ikke sjansen på å kjøre bil. (nei) Selv om det er veldig upraktisk å ikke kjøre bil.

Ada er svært usikker på andre og seg selv. Det handler om det å stole på.

*Jeg stoler ikke på at jeg kan stå i situasjonen... Hvis jeg kunne lært meg å stole på folk, så hadde mye vært gjort. Det er litt sånn.. **Å stole på.***

Steinar funderer også mye på om det han opplever er virkelig. Når han har på følelsen at opplevelsene representerer en vrangforestilling, forsøker han å resonnerer seg frem til et svar:

Nei det er det at jeg sitter å tenker på det, om det er.. virkelighet eller om det er fantasi.

Berit beskriver at hun er usikker på virkeligheten og lurere på om det skjuler seg noe i mørket:

Jeg hakke sånn derre angst eller sånn jeg! (nei) Jeg er veldig rolig. Men jeg har blitt mørkeredd. Det var jeg ikke før, da jeg var ung. Ja altså det mørket. (mm) og vinteren (mm) det er koselig, men.. Ehm... ja, nå har jeg ikke gjort det. Sett under senga, når jeg har vært hjemme. Men det har jeg gjort i vinter. (mm) Jeg har sett under senga. Om det er noen der. (mm) Jeg er mørkeredd. (ja) Sånn som jeg sa. (mm) og.. lurere på om, ligger det noen under der? Det gjør jo ikke det da...

5.4.1.4 Paranoide ideer som indikasjon på mangelfull individuasjon:

Usikkerheten knyttet til andre mennesker er også uttrykk for manglende individuasjon og mangelfull selv-objekt konstans og passer derfor også inn under: Tap av selv og sammenheng. Manglende eller utilstrekkelig differensiering og individuasjon gjør det vanskelig å skille mellom hva som hører hjemme hos en selv og hva som hører hjemme i omverdenen.

De følgende korte sitatene er selektert ut i fra *typisk* paranoid karakter:

D: Jeg var litt småparanoid. Trodde at folk var ute etter å ta meg og sånn.

Jeg trodde bestekompien min var ute etter å ta meg og.

A: Jeg føler at folk er litt interessert i å ta rotta på meg.

B: Hva er det du skjuler for meg? tenkte jeg. Er det noe du skjuler?

5.4.1.5 Opplevelse av tap av kontroll som tilsvar på tap av selvet:

Tap av selvet, opplevelsen av å ikke være ”herre i eget hus” åpenbares også i form av kontrolltap. Samtlige informanter opplever tap av kontroll over egen situasjon og/eller egne handlinger:

Daniel beskriver at han mister kontrollen og har retrograd amnesi for enkelte episoder:

Jeg husker ikke bare, jeg husker ikke hva jeg snakket om, eller hva jeg gjorde, om jeg plaga noen, hva jeg gjorde.. så liksom jeg har null kontroll over mine egne handlinger (mm) jeg spurte jo x i etterkant, hva jeg snakka om og da sa han at jeg skulle løse livets store mysterier.

Ada beskriver at hun føler at hun ikke har makt over egen situasjon og at dette tynger henne:

Jeg har ikke tenkt på selvmord på lenge (mm) for det er sånn.. utvei på en måte, hvis jeg ikke orker mer så kan jeg bare... dø.... Men noen ganger så oppleves det som eneste utveien. (mm) Og det føler jeg, jeg har ikke.. makt over situasjonen.... Jeg henger litt fast i gjørma. (mm) ... Kvikksand.

Steinar beskriver hvordan han mistet kontrollen, i dette tilfellet over tv'n. Han følte at det var naboen som hadde kontrollen, fjernkontrollen, og at han mistet kontroll over egne impulser:

Jeg var jo helt kaotisk! Det var vanskelig... Jeg kastet tv'n ut av verandaen og...

Jeg trudde det, at naboen min klarte å styre tv'n min med fjernkontrollen sin. [ler]

Jeg kan le av det nå... men ikke...

Steinars umiddelbare løsning på opplevelsen av kontrolltap; å kaste tv'n ut av verandaen, var en adaptiv mestringsstrategi sett i forhold til det nærliggende alternativet: å kaste seg selv ut fra verandaen. Han forteller videre at han følte en stor lettelse da politiet kom etter at han hadde gjort dette, og han ble lagt inn etter en umiddelbar konsultasjon. Han følte at livet var så kaotisk at det ikke var til å holde ut og at dette var redningen. Han uttrykker glede og takknemmelighet over at noen satte en stopper for den psykotiske utviklingen han var inne i.

5.4.2 Forsøk på å skape mening og selvforståelse

5.4.2.1 Tanker om forløpere til psykotiske gjennombrudd:

Daniel beskriver at det var en *rekke påkjenninger* over en *lengre periode* som til slutt førte til et psykotisk gjennombrudd:

Før så tenkte jeg ikke så mye (nei) for da satt jeg og spilte, da tenkte jeg ikke, men når jeg først begynte å tenke (mm) tenkte jeg så mye at jeg ble syk av det. (mm) Rett og slett.

Da jeg var i Oslo, så sov jeg veldig lite, tankene ba eh åssen skal jeg si det a ehm jeg sov mindre og mindre, tenkte mer og mer også var det en periode jeg ikke sov på to dager og da begynte jeg å hallusinere og (mm) jeg husker det veldig godt... En av faktorene som gjorde at jeg var dårlig, var jo skolepresset, for jeg var jo, jeg gikk jo på universitetet (mm) hvor nivået er veldig høyt og jeg klarte ikke å henge med fordi jeg hadde psykiske pro..plager. (mm) så det, det stressa meg veldig da. (ja) Det at jeg ikke hang med i skolen heller (mm) så.. ja. Stress (ja) lite søvn (mm) ensomhet (mm) mm press på skolen (mm) men det var liksom veldig mye da, over en lang periode (ja) som gjorde at jeg ble syk... Det var, det var.. det at livet var så hardt... Alt ga mening der og da (mm) fordi jeg hadde jo gått gjennom mye tøffe tider og veldig mye følelsesmessige påkjenninger (mm) så da gikk, gikk, ga det på en måte uttrykk i psykotiske tanker da (mm) det var veldig mye påkjennning. Det er i hvert fall sånn jeg ser på det.

Ada er av den oppfatning at hennes psykiske plager har vært mer eller mindre tilstede fra tidlig barndom, gjennom hele livet og at farens død påvirket henne mer enn hun valgte å se:

Det har vel vært mer eller mindre (mm) det har nok, det er vel ting som henger igjen fra tidlig barndom (ja) det velger jeg å tro på... En ting som skjedde var at faren min døde da jeg var seksten. (mm) Det gjorde nok inntrykk på meg, mer enn jeg.. valgte å se den gangen... Det har nok merket meg... Jeg prøvde, jeg holder på å lage bilder og sånn, så jeg prøvde jo å gjøre litt (mm) også jobbet jeg litt også. (mm) Like før jeg ble innlagt så fikk jeg fast jobb som grafisk designer i et magasin. (mm) Men.. så jeg gjorde ting. Ja. Jeg er litt sånn at jeg på en måte tok litt vann over hodet... Det kom bare snikende (ja) Det er litt sånn, jeg fikk en kul bak på låret (mm) det var det samme på en måte, plutselig så oppdaget jeg at jeg hadde den kulen, jeg hadde ikke oppdaget det, kom plutselig og var stor kul (mm) og sånn er det vel med psyken min også, plutselig så bare er jeg, uten at jeg vet hvorfor (mm) blitt dårlig. (mm) [kremt] Jeg er veldig skeptisk til sånn så A, så B (ja).

Berit beskriver at hun også var under stort press over lengre tid, men at det var bruddet med kjæresten som var utslagsgivende da hun ble innlagt første gang som femtenåring:

Jo da jobba jeg så hardt, i tiende klasse (mm) og det var sommer og det var så varmt. (mm) Og jeg hadde toppkarakterer i alle faga også jobba jeg på jordet og det var så varmt og alle dem andre fikk fri. (ja) og jeg blei igjen og hakka i poteter og overalt! (mm) Med sånn hakke. (ja) Jeg gikk ikke hjem jeg!... Jeg hadde følge med en annen en (mm) og han slo opp når jeg på yrkesskolen, da bodde jeg der ute, også slo 'n opp per brev. Jeg blei jo så lei meg. (mm) Så blei jeg sjuk og havna på x (psykiatrisk sykehus). Det var derfor. (ja) Jeg var ordntlig glad i 'n jeg! (ja) Jeg har sett 'n etter på, men jeg har ikke snakka te 'n. (nei) Hakke greid det (nei) Nei. Bare sett 'n på avstand. (mm) Nå sitter 'n i rullestol og har begge beina kappa av (mm) ja.

Videre beskriver Berit at det som er forut for psykotiske episoder, er at hun ikke sover:

Det er typisk at jeg ikke sover om natta. (ja) Jeg får for lite søvn og det er ikke bra. (nei) Sånn er det hver gang det. Og jeg merker det ikke. Det er typisk altså. Hver eneste gang. (mm) At ikke jeg lærer!

5.4.2.2 Egne beskrivelser av psykosen: Opplevelse av mening og sammenheng:

Det neste avsnittet består av deltagerens egne beskrivelser av *psykotiske opplevelser*.

I den første beskrivelsen forteller Daniel om ”brainstorming” – tankekjør og det å lage seg sin egen virkelighet:

Det var jo det at når jeg var i en situasjon, så drev jeg å overanalyserte alt, alt av inntrykk og sånn (mm) det gjorde at tankene raste (ja) men hvis jeg skal gi noe eksempel da, så er for eksempel jeg, kan henne atte jeg begynte å tenke på en buss (mm) så begynte jeg å tenke på pappa, at han kjørte buss, også tenker jeg på kanskje x, for det er der vi kommer fra (mm) så tenker jeg på hunder også tenker jeg på ditten også datten også det er liksom ikke noe konkret, det er bare at tankene raser sånn som brainstorming... Sånn hele tida, kan du tenke deg det, helt fra du står opp om morran til du legger deg så er det ett eneste tankekaos (ja) ett eneste tankekjør, så jeg får liksom ikke noe f.. fred, noe hvile, fåkke hvilt, ingenting... Jeg lagde min egen virkelighet (mm) min egen verden. Jeg hadde ikke noe sånne, jeg hørte ikke noe stemmer, eller hadde ikke noe sånt no, kommanderende stemmer eller noe sånt, men jeg fant jeg, jeg, jeg kom på det av meg sjøl på en måte (mm) det bare falt meg inn også hoppa jeg på den første ideen, at for eksempel nå skulle jeg ut og ja.. finne tegn til at for eksempel, jeg kunne se på skyer da og tyde dem og se figurer og trodde at det var tegn fra Gud og sånn. (mm) At han, at han talte til meg..

I det neste utdraget beskriver Daniel opphavet til at han trodde at han hadde et barn:

I: Trodde du du hadde et barn?

D: Ja, jeg trodde jeg hadde en unge.

I: Hvor var han da?

D: Mm fordi.. m nja.. nettopp. Hvor var han. Nei.... Jeg bare trodde det jeg... Jeg trodde jeg var besemora mi, ikke spør meg åssen, men jeg trodde jeg var det (mm) og at jeg hadde en unge. .. Jeg vet ikke helt hvorfor jeg fikk den tanken jeg altså. Det bare, det bare datt inn i hue mitt (mm) Det ga liksom mening. Masse sånne rare tanker..

Det neste avsnittet gir en beskrivelse av opplevd mening og sammenheng i opplevelsene:

Trodde jeg var Gud og gikk rundt ute tynt kledd i, når det var veldig kaldt (mm) barbeint på asfalten og. Ja, jeg gjorde mye rart, gikk rundt naken og hadde.. det var ikke måte på, var midt på natta da men, da gikk jeg rundt naken og det var ikke måte på. Det var liksom, alt vi.. det virka som at det var så.. det ga mening (mm) jeg trodde at livet mitt kom til å ta slutt, eller at det var noe m høyere mening her i verden, så at jeg på en måte måtte finne hvordan jeg kom meg videre til neste livet.

I det neste eksempelet beskriver Ada hvordan det oppleves for henne å være henne og det å være psykotisk. For Ada er *konfusjon* – eller forvirring, kanskje *mest karakteristisk*:

Det er litt sånn susete i hodet. Noe jeg sier på moro; jeg har en hjernecelle som flyr mellom ørene.... Det blir sånn, jeg blir sånn, bomull i hjernen, jeg vet ikke hvordan, det er sånn.... Jeg kan ikke beskrive det. ... Kanskje litt forvirrende.... Ja [kremt] .. det er sånn at jeg ikke helt, det var det at det selv... ..det er ... off..... var det forvirringen? Var det det? (Mm) [kremt] Forvirring..... [kremt]... det er akkurat det som skjer. I: Ja, men det er god beskrivelse det. At det blir, alt blir sånn ullent.

A: Ja, det og. (ja) Toving.... Jeg er bare kokt på for varmt vann.... Jeg er laget på for varmt vann, når jeg ble tovet.

I: Så du ble helt sånn sammenfiltra!

A: Ja.

I: Ja, jeg skjønner.. Og du føler ikke at du har fått løst opp i det.

A: Nei. (nei) Gjør ikke det.

Berits subjektive oppfatning er at hennes *største* problem er at hun har så mange ideer og ikke sover om natten, i tillegg til at hun er det hun karakteriserer som mørkeredd:

Jeg gjør alt for mye jeg. Eller jeg har så mye ideer og sånn (ja) og da kan det bli sånn atte jeg glemmer klokka (mm) har lett for å sitte oppe sent på kvelden (ja) og utover natta (mm) og tenker som så atte, nei, bare tre timer igjen til morran – da gidder jeg ikke å sove (mm)... og det ække bra vettu. (nei) Jeg trenger søvn.

Steinar opplever selv at han har mange vrangforestillinger som er til mye bry, men i ”klare” perioder, i remisjonsfaser, så ser han selv at disse tankene er, nettopp, vrangforestillinger:

*Før jeg ble lagt inn da, så hadde jeg vrangforestillinger om at naboene mine var pedofiler (mm) det hadde jeg vrangforestillinger om. Også var det en bil som inneholdt en bombe og sånt. Og det var nå da, men tidligere og så har jeg hatt masse vrangforestillinger med at jeg var Gud og... politiagent og masse. Jeg går som regel videre jeg. (ja) Så prøver jeg også ofte å sitte og resonere sjøl ... ”Dette her er.... dette her er jo bare tull”.. Det med at det bodde pedofiler der, det var fordi at det var så mye unger der! Også tenkte jeg meg frem til at det kan jo være at det er et fosterhjemsted ikke sant... Det er jo **mest** naturlig å tro. Den bilen ble forresten fjerna dagen etterpå. Etter at jeg hadde sagt det til legen min.*

5.4.2.3 Behov for stadig selvbekreftelse for opplevelse av mening med tilværelsen:

Felles for alle var også opptatthet av hva andre syntes om dem og stadig søken etter bekreftelse og anerkjennelse i forhold til om de selv holdt mål, etter andres oppfatning: Ada beskriver at hva andre mente om henne *alltid* har vært veldig viktig, særlig det å *bli likt*:

Jeg har alltid vært opptatt av at det var viktig å bli likt... Jeg har vært litt sånn som har snudd med vinden. (I: Mm. Så hva andre har tenkt om deg har vært viktig.)

*Ja. (ja) [kremt] **Veldig** viktig... Hele familien har det veldig sånn.. at man skal være så godt likt. (mm) og de var veldig snobbete.*

Ada spilte hele tiden en "rolle" – morsom og rampete, og følte at hun ble en karakter:

*Jeg husker en gang i speideren, så hadde vi sånn oppsetning. Da fikk jeg den beste rollen, for jeg fikk "mors umulige unge" (mm) "klatre i trærne og rekke tunge" (ja) så husker jeg ikke mer. Men i hvert fall.. det var viktig for meg å være rampete. (ja) Var på en måte "Ada er morsom og Ada er ditt og Ada er datt". (mm) Så glemte de.. til slutt, så så de mest... **bildene av meg og ikke meg.***

Berit har alltid vært glad i å tegne og har alltid vært glad i *at andre likte det hun tegnet*:

Jeg tegna i mange minnebøker når jeg var lita (mm) det gikk jo, på en måte, fikk jo se i min bok kan du si, så fikk dem se hvor flink jeg var.

5.4.2.4 Interpersonlig sensitivitet: Selvverdiens valør er prisgitt andres

forgodtbefinnende:

Samtlige av informantene beskriver at de er svært sensitive overfor andre menneskers respons: Daniel beskriver hvordan andre mennesker definerte hans væren og virkelighet:

*Jeg hadde, opp gjennom oppveksten min så har jeg, hvis noen hadde sagt no negativt til meg (mm) så hadde jeg gått rundt å huska på det og gått og rundt og trodd at det var virkeligheten (mm), når det egentlig bare var mobbing, eller hva det var (mm). Det var sånn enkeltting som folk sa til meg, jeg vet ikke hvorfor dem sa det, men de bare sa det.. **det festa seg** (mm) og da var det mye lettere for meg og bare være for meg sjøl (ja).*

Hva folk sa og gjorde styrte også de psykotiske opplevelsene:

Men alt var situasjonsrelatert (ja) det var det, jeg fikk veldig fort angst når jeg var i stua og folk bare kastet en terning, så trodde jeg det betydde noe. Det var veldig inntrykksrelatert da... hva folk sa og gjorde (mm). Så det var.. ja.

I: Du leste mening ut av alt.

D: Jeg leste mening ut av alt ja. Godt sagt.

I: Da blir det veldig mye mening å ta inn på en gang.

D: Ja, jeg ble overstimulert.

Daniel er bekymret for hvordan dette skal påvirke ham på skolen og frykter igjen for residiv:

Når jeg kommer i skolesituasjon sammen med folk på min alder, så tenker jeg for mye, så kommer symptomene tilbake.

Ada forteller om hvordan det opplevdes for henne da hun vendte hjem etter plutselig å ha fått panikk, etter et lengre opphold i utlandet. Hun var opptatt av at hun hadde med seg tegninger som andre likte og at moren skulle anerkjenne hennes arbeid:

Jeg hadde vesken full av tegninger som alle likte... Det kommer igjen det der at jeg er opptatt av hva andre synes (ja). ...og moren min holdt veldig på at "har du lagd noe ordentlig kunst?" Hun var veldig negativ til min, meg, og min kunst.

Berit beskriver, i likhet med samtlige, hvordan negative bemerkninger *fester seg* hos henne:

B: Jeg husker akkurat orda, hva dem sier (mm) det setter seg oppi her [peker på hodet].

I: Ja. Er du opptatt av hva andre sier om deg?

B: Ja. Bestandig vært det... Når det er det negative, så husker jeg det såå godt.

Berit beskriver at hun var på sommerleir som barn og at det ble vanskelig for henne:

Så var det andre gangen jeg var der. Da begynte det. Da hadde jeg det ikke noe gøy. (nei) Nei. Jeg hadde ikke det. Jeg syns jentene smiska og smiska hele tida (ja) og det er noe ikke jeg tåler (mm) er sladder og sånn... det er det verste jeg vet.

Videre beskriver hun hvordan hun forholder seg til andre, hvordan hun stadig er på vakt:

Andre går ut av døra, andre kommer inn og jeg følger med, liksom sitter å, jeg ser jo bildene jeg.

5.4.3 Selvfølelse og mestring

5.4.3.1 Krenkelse av selvfølelsen medfører skam:

Samtlige av informantene beskriver opplevelser som innebærer krenkelse av selvfølelsen.

Opplevelsene er av ulik karakter. Utdragene beskriver mobbing, svik og neglisjering:

Daniel beskriver mobbing. Han forteller at det som ble sagt *formet hans bilde av seg selv*:

Jaah.. De sa at jeg ikke dugde sosialt, at jeg ikke klarte å prate med folk, at jeg ikke.. Eehhm.. Jaaa.... At jeg for eksempel var stygg eller (mm), sånne forskjellige ting ikke sant og putta det inn i hodet på meg.. og.. da ble jeg jo klart deprimert da. (mm) Så gikk en periode av livet mitt og var veldig deprimert.. Det gjorde jeg..

Daniel beskriver det å bli utnyttet av en venn og hvilken konsekvens dette har hatt for ham:

Så han brukte meg på en måte da (ja) så.. sånne ting som jeg, jeg liksom har tenkt på i etterkant og skjønt at enkelte folk kan jeg bare ikke stole på.

Ada beskriver at hun ikke ble inkludert i klassen og følte seg veldig utenfor:

Da jeg var... I barndommen, så var det veldig... Ja, sånn på skolen og sånn, at jeg... ble jo ikke direkte mobbet, men jeg... .. Inne i mellom så var det litt... .. spor av mob.. mobbing. (mm) Og da følte jeg at... kanskje da det begynte. (mm) Følte jeg at jeg ikke kunne stole på de andre i klassen. (mm) Og så ble jeg veldig opptatt av at lærerne skulle like meg...

Ada bærer på en førti år gammel hemmelighet som kan oppfattes som et potensielt traume mot selvfølelsen. At hun ikke snakker om det indikerer at det omhandler noe svært skamfullt:

Jeg har noen ting som jeg ikke har turt å snakke om på femogtjue år, eller lenger også..... Førti år (mm) men det er sånn.. da må det være noen jeg stoler veldig på. Det som er litt viktig for meg, som jeg har tenkt mye på i det siste (mm) ... Det er.....Skal vi se... .. Skal vi se... .. Hva var det jeg skulle si nå?

Berit beskriver at hun ble kalt stygg ved gjentatte anledninger som førte til at hun *ble stygg*:

*Det begynte når jeg gikk i sjette klasse.. jeg gikk på skolen, så skulle jeg ta bussen, jeg gikk ned til bussen, det var et stykke, man måtte ta bussen (mm) så gikk jeg nedover også der står det en som bor på samme sted som meg, på x (mm) også sier'n til meg, det var vinter (mm) jeg hadde boblelue på meg, brun boblelue (mm) også sier'n til meg: "Du er stygg" sa han til meg (mm) og **jeg sa ikke noe igjen**. Jeg bare.. jeg sa ingen ting jeg. (nei) Ja vel. Da er jeg vel stygg da... (mm) Det gjør noe med en... Det gjør det altså.*

Steinar beskriver at han aldri ble sett eller bekreftet, som er både et svik og en krenkelse:

Jaaa. Det var ikke akkurat så mye kjærlighet hjemme hos foreldra mine da. Det var ganske kaldt og..... likegyldighet.

5.4.3.2 Skamfølelse og utilstrekkelighet som skaper brudd i selvpplevelsen:

Under utformingen av intervjuguiden var jeg like ved å droppe spørsmålet om informantene hadde noen tanker om *hvorfor* de isolerte seg. Jeg er i ettertid veldig glad for at eg valgte å beholde spørsmålet fordi spørsmålet handler jo om noe veldig sentralt og avdekket noe interessant. Spørsmålet: ”Har du noen tanker om hvorfor isolerte du deg?”, var av signifikant betydning, fordi det som ligger implisitt i spørsmålet er: ”Har du noen tanker om hvorfor du ikke hadde noen verdi i fellesskapet, hvorfor du ikke var god nok, hvorfor du så på deg selv som en som ikke fortjente å bli elsket?” Dette spørsmålet avdekket opplevelse av *skam* og *tilkortkommenhet* hos samtlige av informantene. Selv om det ikke er mulig å generalisere ut i fra et utvalg på fire, er det et nyttig funn. Ingen syntes de var bra nok – de kom alltid til kort.

Daniel beskriver at han isolerte seg på grunn av dårlig selvtillit:

Jeg hadde veldig dårlig selvtillit og mm.... såå.. ja.... hadde liksom tegn.. lagt meg sånne ideer rundt meg da, at alt var så negativt og alt var så dritt (mm).

Ada sier likefrem at hun isolerte seg fordi hun skammet seg over seg selv:

*Jeg skammet meg over meg selv. Jeg synes ikke jeg var dugelig til noen ting. (nei)
Så kunne jeg ikke, sånn som folk kom til meg med og... når jeg jobbet og sånn så hadde jeg ikke... nei det her klarer jeg ikke. (mm) Så på en måte så har jeg nok hatt.. litt lav selvfølelse. ...*

Videre beskriver hun at den helvetes forvirringen gjorde at hun ikke strakk til:

Hvis bare ikke den helvetes forvirringen hadde vært så stor... (mm) Jeg følte i hvert fall at jeg ikke rakk til... også at de andre var mye mer dugelige enn meg... Det er, det meste blir veldig meningsløst. (ja) Det er liksom... jeg er ubetydelig...

Ada uttrykker også skam i forhold til egen kjønnsrolleidentitet og det å ikke føle seg ekte:

Men jeg har, sånn helt siden jeg var liten så handlet det ganske mye om jeg ville være jente eller gutt. (ja) og det er ikke sånn.. jeg er ikke transe, men noen ganger så, når jeg var liten, så ønska jeg, ønska jeg at jeg var gutt. (mm) Men det var også sånn som, plutselig så tenkte jeg ikke det lenger. Og så var det sånn at jeg hadde to søstre (mm) jeg opplevde at de var mye mer ekte jenter enn meg. Jeg var på en måte veldig uekte. (mm) Jeg var verken det ene eller det andre...

Ada beskriver at hun alltid ville være gutt som barn og at hun hadde følt det slik så lenge hun kunne huske, hun husket at hun alltid ville leke med gutteleker, men følte samtidig at det var galt. Videre beskriver hun at ønske om å være gutt eller mann plutselig forsvant:

... Som sagt, så har jeg ikke noe ønske om å verken være mann eller begå selvmord, eller skade meg eller...

Berit forteller at hun var så redd for å rødme at hun unngikk å være sammen med andre:

Det var det. Jeg var forelska i en gutt jeg (mm) ut på x, der jeg bodde. Han var fra x. (ja) Han var jo så nydelig den gutten. Høy og svær. (mm) Og... men jeg.. jeg tørte ikke bade, for jeg var redd jeg skulle bli rød i ansiktet! (mm) Ja og for at han skulle se det, eller at dem andre skulle se det. Atte jeg, at jeg, jeg var forelska, eller et eller annet sånt. (ja)

Rødming er det fysiologiske tilsvaret til skam. Videre forteller hun om det å være stygg:

I: Mm. Hva tenker du er grunnen at du har isolert deg såpass mye?

B: ... Ja, grunnen ja.....

I: Har du noen tanker om det?

B: Ja, hva var grunnen..... Jo.. jeg har bestandig trodd at jeg var så stygg.

I: Ja.. Men var det det at du fikk høre av andre at du var stygg som var den største grunnen til at du isolerte deg tenker du?

B: Ja. (ja) Det er det.

I: Trodde du at du ikke hadde noe ute å gjøre da, fordi at folk sa sånn om deg?

B: Ja, men jeg var jo ikke... Det var en sommer, jeg hadde en venninne. (mm) "Skal du være med på fest Berit?" sa ho. "Nei" sa jeg....

Steinar forteller om manglende tro på seg selv og manglende ivaretagelse av egenomsorg:

S: Jeg har vel ikke akkurat hatt noe veldig sterkt selvbilde trur jeg... Det har jeg vel ikke hatt. ... Eh..... Jeg har ikke vært så veldig opptatt..... av å ha det bra...

Jeg har jo hatt folk rundt meg hele tida da.. Folk har jo prøvd.

I: Mm... Men du fikk ikke noe bedre selvbilde av den grunn.

S: Nei

Da jeg spør Steinar om hva stemmene hans handler om vil han helst synke i jorden og sier at han må gå. Han går ikke, men det er tydelig at temaet oppleves som svært skamfullt:

I: Ja. Så da gikk du turer og holdt deg for deg selv.... Har du lyst til å si litt om hva de stemmene handla om?

S: Jaaa... Det er vanskelig ass.

I: Ja. (mm) Fordi det er så ... sårt, eller fordi at det er vanskelig å huske?

S: Jeg må snart gå, jeg må snart gå.

Her opplevde jeg at jeg hadde tråkket i et vepsebol. Med overhengende fare for å påføre informantene ”anafylaktisk sjokk” valgte jeg å steppe ut av vepsebolet og snakke om noe annet. Det var forståelig at Steinar ikke ønsket å snakke om dette. Jeg valgte å følge ham resten av tiden for å forsikre meg om at han ikke led overlast eller følte seg krenket under intervjuet. Ivaretagelse av integritet og absolutt omsorg måtte komme først i dette tilfellet.

5.4.3.3 Isolasjon som forsøk på mestring av uhåndterlig fragmenteringsangst:

Samtlige av informantene beskriver at de var mye alene og opplevde tilværelsen som svært ensom. Ingen virket allikevel uinteressert i resten av verden slik Freud tenkte seg at psykotiske mennesker måtte være. *Tvert i mot* beskriver alle at de lengter etter forbindelser med andre mennesker, men opplever ikke at de får det til. Daniel beskriver at han til slutt gav opp mennesker til fordel for dataspill, fordi det ble så vanskelig å forholde seg til andre:

Jeg synes det liksom var så mye letter å bare være hjemme inne på rommet mitt (ja) og sitte og spille, for da slapp jeg liksom å tenke på alle sosiale kodene (mm) alt, alt var så vondt, alt var så dritt.. så da hadde jeg liksom mitt og jeg var fornøyd og jeg var kjempe god til å spille og det var bare stas (mm).. så da holdt jeg meg til det isteden... Ja, ja.. jeg, jeg droppa jo på en måte ut av skolen og det som var på grunn av de spilla (mm) men det var liksom mitt, det var min trøst og det var.. min tilværelse, det var mye lettere å være for meg sjøl enn å være ute blant folk (mm) for det var så... Det stressa meg så veldig... Jeg hadde ikke noen buffere, jeg var liksom overlatt til meg sjøl (ja) det er det som gjorde at jeg.. til slutt sprakk (ja) ... Det er så mye som ikke gir mening her i verden som jeg driver å tenker på (mm) så.. pluss at.. verden virker veldig stor og.. skummel på en måte (mm).

Ada beskriver at hun holdt seg mye for seg selv fordi hun skammet seg og gjorde ikke stort:

A: Jeg hadde ikke særlig mye kontakt med folk nei.

I: Mm. Hva gjorde du da, når du var alene?

A: Gjorde og gjorde... Ikke stort. (nei)

Videre beskriver Ada at hun ikke har noen å snakke med etter at terapeuten pensjonerte seg:

I: Nei. Er det noen du føler at du kan stole på da? Som du kan betro deg til.

*A: Har litt **manko** på det. (ja) Sånn som jeg har gått nesten femogtjue år da hos psykolog. (mm) I sommer, eller sommeren som var da (ja) gikk hun av med pensjon (ja) og da var det sånn.. helt stopp, og det er en sprø følelse egentlig (ja, det skjønner jeg) fordi det har vært en viktig del av meg (mm) livet mitt i femogtjue år, så plutselig så er hun som død.*

Berit beskriver at hun holdt seg hjemme for seg selv i stor grad og skammet seg over at andre fikk vite det:

*Så jeg holdt med på verandaen hele sommeren jeg. (mm) Og så om høsten, så begynte jeg på skolen.. også sier en, nabogutten: "Ja, vet du hva? Berit har ligget på verandaen i hele sommer!!" sa han. (mm) ... Og **den** syns jeg var så lei. Jeg var den som var hjemme støtt. (mm) Og satt inne på rommet mitt og ville ikke ut. (mm) Ja. Om sommeren, mamma var så fortvila.*

På spørsmål om Berit isolerte seg mye svarer hun bekreftende og bedrøvet. Hun er derimot glad for at hun har mye evner og at hun får tiden til å gå med ulike former for håndarbeid:

I: Har du isolert deg mye?

B: Mm. Ja [vemodig] Jeg har gjort det. Det har jeg gjort.

I: Hva har du gjort da, mens du har vært alene?

B: Strikka (ja) håndarbeide (mm) det er massevis jeg har gjort, svære bilder i korsting vettu (ja) som jeg har på veggen og klosterson i veggtepper (ja) jeg har på veggen, har montert det.

I: Så du har mange ting du holder på med. (ja) Maler og.. (ja) syr og (ja)

B: Ja, så jeg har så mye evner, så det skal jeg være sjeleglad for!

I: Mm. (ja) men det er ganske sånn ensomme aktiviteter.

B: Ja, det er det det er. (mm) Det er det. Jeg er mye aleine. (mm) Alt for mye aleine.

Avslutningsvis i intervjuet beskriver Berit også et ønske om et botemiddel mot ensomheten:

I: ...Eller hva hadde vært den beste hjelpen du kunne få?

B: .. beste hjelpen jeg kunne få? (mm) ... Ja Det var å ha litt mer kontakt med folk.

Steinar beskriver at han trakk seg mer og mer tilbake og var veldig mye alene da han bodde i egen leilighet. Dagene bestod stort sett av tv-titting og spaserturer:

S: Ja..ell... det kom vel sånn gradvis vel, at jeg.. trakk meg unna.... Jeg har omsorgsbolig nå, så da blir det annerledes.

I: Ja. Fordi da er det mennesker rundt deg. Hvordan bodde du før da?

S: Da bodde jeg oppi en kommunal leilighet (ja) på x.

I: Ja. Og der isolerte du deg. (ja) Ja. Hva gjorde du da, når du var alene?

S: Nei.. Ikke noe spesielt egentlig.

I: Nei. Var det noe du drev med, som du brukte tida di på?

S: Ja, så på tv og gikk mye turer. Jeg gikk veldig mye turer.

I: Ja. Men det var ensomt.

S: Ja. Jeg hadde mye stemmer og plager og dritt og møkk.

Steinar beskriver at han ikke mestret å være sammen med andre fordi det stresset ham. Han så mye på tv fordi det var enklere enn å forholde seg til andre mennesker. Vrangforestillingene i forhold til tvn gjorde at denne aktiviteten også ble vanskelig. Han ble så forstyrret av å se på tv til slutt at han gikk hvileløst rundt isteden. Det hjalp å gå turer alene når han hørte stemmer.

5.4.3.4 Fokus på prestasjoner som forsøk på mestring og reparasjon:

Samtlige av informantene beskriver at de er opptatt av å prestere – også i intervjusituasjonen! De beskriver en stadig streben etter å være flinke nok og gode nok og gjøre ting perfekt.

I det første eksempelet beskriver Daniel at han sammenligner seg *opp* mot andre:

Jeg sammenligner, jeg er veldig flink til å sammenligne meg sjøl opp mot andre (mm) og jeg burde kanskje ikke gjort det, men jeg gjør det for det (mm) for å vite på en måte hvor normalen ligger (ja) og andre har jo klart det som, så hvorfor skal ikke jeg klare det på en måte (mm) så det er sånn jeg tenker... Jeg klarer meg sjøl. Jeg kan lage mat og ordne hjemme og alt, det er bare det at.. perfeksjonismen gjør st det blir for mye rett og slett. Jeg klarer ikke å henge med på alle fronter.

Daniel forteller dette i sammenheng med at han skal ”tilbakeføres til virkeligheten”:

Jeg er litt sånn perfeksjonist, så jeg liker å gjøre ting litt bedre og tenker alltid at det er forbedringspotensiale (mm) uansett hva jeg gjør, sånn at jeg utvikler meg hele tida (mm) jeg vil ikke bli sånn at jeg ha ha havn.. at jeg blir lat, eller at jeg slutter å utvikle meg, for det, det vil jeg ikke... Jeg vil jo helst yte hundre prosent. Jeg er jo litt den personen.

Ada spør seg selv om det hun strever med i bunn og grunn handler om det å være god nok:

... Om det er å være god nok? At jeg føler at, i livet mitt så har det vært så veldig mange ting som jeg ikke har vært god nok på, er sånn [kremt] jeg har alltid vært, hvis jeg har begynt med no, så har jeg vært lovende (ja) men jeg ble aldri noe mer!

Ada kritiserer seg selv for at svarene hun avgir under intervjuet heller ikke er gode nok:

Så føler jeg meg litt sånn.. Skulle ønske jeg kunne gi klarere uttalelser, ikke all den svadaen som jeg spyr ut av meg.

Berit beskriver hvordan hun presset seg selv på skolen og siden også i jobb:

B: Jeg ville være.. flink.. og arbeidsom og liksom.. jeg skulle gjøre det helt perfekt liksom.

Eller alt jeg gjør, det skal være så ordentlig. (ja) Ikke noe slurv altså. (nei)

I: Så du er ganske streng mot deg selv da.

B: Veldig! (mm) Det er jeg.

5.4.4 Hinder og håp – på veien videre

5.4.4.1 Psykosens innvirkning på subjektiv opplevelse av livskvalitet:

Utdrag fra informantenes beskrivelser av psykosens innvirkning og omfang:

D: For det er et, det er jo et handikap og ikke.. Å ha schizofreni er jo et handikap (mm) så det holder... Det er jo som å være handikappa, (mm) å ikke klare å fokusere for eksempel. Så det er et handikap. Det er det helt klart... Blir veldig fort distraheret.

A: Det er litt sånn som, ta de siste femogtjue årene så har jeg gått i terapi (mm) eller vært psykiatrisk pasient. (mm) Det har liksom alt forsvunnet i et sort... Det sorte hullet. (mm) også.. jeg har mistet nå, hva som er ett år siden og hva som er... tjue år siden. Det går sånn i ett.

B: Det er jo så mye skjebner her. (mm) Jøjemeg. (mm) Jeg er glad jeg ikke har mista beinet eller operert handa eller... jeg har sett så mye rart. (ja) Stakkars folk. (mm) Men noen ganger så er det verre å være, oppi hodet da, det er jo ti ganger verre! (ja) Det er farlig det! (mm) Hjernen er enorm altså....

5.4.4.2 Tanker om hva som er til hjelp:

Både Daniel og Ada beskriver at kombinasjonen av antipsykotisk medikasjon og psykologsamtaler er den beste hjelpen de kan motta:

D: Det er det å snakke med en psykolog. Det hjelper veldig. En som får ting på plass. For det blir så.. alle de tankene her, det blir så veldig overveldende, så da er det greit å få en som klarer, en som er i stand til å sortere sånne tanker (mm) får meg til å tenke, ikke nødvendigvis riktig, men litt sunnere og.. sånn at jeg får ting litt på avstand (mm). og medisinene ikke minst, dem hjelper.. Jeg kutta ut medisinene i fjor (mm) rundt påsketider, en uke (mm) og da ble jeg psykotisk igjen (ja).

På spørsmål om hans syn på seg selv har forandret seg etter han ble psykotisk forteller han at han har fått litt bedre selvtillit. Videre utforskning av dette avdekket at selvtilliten kom ikke av psykosen per se, men av psykologsamtalene som fulgte i kjølvannet av psykosen:

D: Jeg har fått litt bedre.. joo jeg har fått litt bedre selvtillit, jeg har det.. jeg har liksom kommet over positive sider (mm) og at de faktisk finns (ja) jeg ser det, og ikke bare at det er negativt hele veien. Det er kun fordi jeg har fått hjelp av psykolog og sånn, det har ikke noe med... hadde, hadde jeg ikke fått hjelp så hadde synet mitt vært det samme som før.

I: Så det var ikke det at du ble psykotisk som gjorde at du fikk bedre selvtillit (nei), det var det at du fikk snakket med noen.

D: Ja. Det hjalp veldig.

Daniel beskriver også at psykoedukasjon har vært til stor hjelp:

*Det hjalp. Der fikk jeg litt sånn a-ha opplevelse (ja) da dem satte, sa at sånn og sånn og sånn er det (ja) men det var litt sånn, det var ikke sånn, jeg tok det ikke med en gang, det tok litt tid før jeg virkelig skjønnte at, okei, det her er ikke sunt, det er psykotisk (mm) det her er bra, det her er dårlig også videre, så det tok litt tid før jeg virkelig skjønnte.. Det var fordi, etter jeg hadde pasientundervisning på x så fikk jeg vite hva som er psykotiske tanker, at grensen mellom virkelighet og fantasi, den glir litt inni hverandre (ja) så da.. da tenkte jeg sånn, hva er det jeg har gjort som er.. som ikke stemmer i virkeligheten, eller hvilke tanker var det jeg hadde der og da som stemte med virkeligheten, jo det var **det**.*

Ada føler at medikasjon er til hjelp og at de er veldig imøtekommende ved avdelingen, men savner å kunne snakke med en psykolog. Hun ønsker ikke at terapeuten skal forholde seg passivt til henne, hun ønsker en terapeut hun kan snakke *med*, ikke snakke *til*:

Jeg føler at... nå får jeg leponex, eller klozapin (mm) og jeg får elefantdose (mm) men... det er hjelp, også er det veldig hjelp sånn som sam.. terapeut. Så er de veldig... imøtekommende og sånn, de som jobber på avdelingen her også (ja) så... men skulle gjerne hatt en psykolog... Jeg har vel tenkt det i mange år da men.. det er samtaler som er det viktigste.

Ada beskriver en negativ erfaring hun hadde med en tidligere terapeut:

Jeg fikk en som "æhh" "ahh" så lukket hun øynene også stønnet hun. (ja) Det syns jeg var veldig ubehagelig.

Steinar beskriver at det oppleves som bedre for ham å være for seg selv når vrangforestillingene og hallusinasjonene rir ham som verst. Allikevel er det nettopp ensomheten som blir så vanskelig for ham. Steinar opplever det som trygt å være innlagt på avdelingen hvor han omgås andre og blir ivaretatt.

S: Nei, det er to vidt forskjellige ting å være hjemme i en psykotisk tilstand enn å være her, da skal det bli.. ja.

I: Klarer du å få det litt på avstand når du kommer hit?

S: Jeg gjør det vettu. Så lenge jeg har vært her så har jeg ikke tenkt på hjemme en eneste gang. Bare kutta ut alt som er..

Berit oppsummerer det hele:

.... beste hjelpen jeg kunne få? (mm) ... Ja... Det var å ha litt mer kontakt med folk.

6.0 Diskusjon

6.1 Fellestrekk i informantenes beskrivelser

Etter å ha gjennomført intervjuene satt jeg igjen med et overveldende inntrykk av at alle informantens historier primært gjennomføres av skamfølelse, sårhet, dyp ensomhet og savn. I affekt- og skriptteoretisk terminologi (Tomkins, 2008) kan det synes som at samtlige informanter har et *skam-skript* som kjerneskrift, som karakteriseres av en overordnet opplevelse av å være utilstrekkelig – å aldri være god nok. Opplevelsen av skyld og skam er, som vi har lest i både den teoretiske delen av oppgaven og i utdragene fra informantene, en følelse som har oppstått i samspill med omgivelsene. Informantene beskriver skuffelser, svik, mobbing, neglisjering og avmakt på mange fronter. I forkant av intervjuene hadde jeg en prematur antagelse om at svarene på hvorfor de hadde valgt å isolere seg kom til å være av karakteren; ”jeg var sliten”, eller ”jeg var opptatt med mine egne ting”, men isteden fikk jeg svar som *tilkjennega kjerneskriftet* hos samtlige informanter: *”De andre var mye mer dugelige enn meg”*. Felles for de alle var også opptatthet av *hva andre syntes om dem* og de var opptatt av *å prestere* – og vise frem det de hadde prestert til andre som et forsøk på å mestre en følelse av mindre verd. Disse forsøkene på mestring førte ikke frem og følelsen av tilkortkommenhet ble kun *ytterligere forsterket*. Samtlige av informantene søkte tilflukt i ensomheten i et forsøk på å regulere affekt og mestre en livssituasjon som ellers ville være uutholdelig. Passivitet og isolasjon representerte en minste motstands vei for samtlige av informantene, men undertiden ledet denne veien dem inn på en farlig blindgate.

Daniel, Ada, Berit og Steinar beskriver en dyp eksistensiell ensomhet og grunnleggende usikkerhet i forhold til andre mennesker, seg selv og sine egne opplevelser. Isolasjonen er ikke ønsket, de er ikke fornøyd med situasjonen. Alle informantene beskriver at de har et ønske om å være sammen med andre mennesker og at de også gjerne ønsker å inngå i romantiske forhold. Alle beskriver et veldig ambivalent forhold til menneskelig kontakt. De ønsker kontakt og lengter etter å være nær andre i fantasien, men trekker seg vekk og isolerer seg i realiteten. De opplever en indre konflikt mellom nærhet og avstand. Det later ikke til at psykosen primært er en narsissistisk tilstand hvor libido er rettet *utelukkende* innover mot ego, slik Freud postulerte (Freud, 1911). Personer i aktiv psykose og personer som har hatt psykotiske opplevelser vil i økt grad være preokkupert av å søke mening i sin indre verden, men at psykotiske mennesker forholder seg til konflikt ved å utslette eller benekte konflikten og *benekte hele verden* (Bateman & Holmes, 1995) virker overdimensjonert, resultatene fra min studie tatt i betraktning. Mennesker som utvikler en psykose

har en hypersensitivitet for stimuli og har problemer med å differensiere irrelevant og relevant stimuli, som fører til sensorisk overbelastning (Gabbard, 2005). Tilbaketreking og isolasjon er også en måte å skjerme seg mot overveldende inntrykk på, akkurat slik som Daniel beskriver at *alt av inntrykk hadde en mening*, som resulterte i at han ble *overstimulert*.

Negative relasjonelle erfaringer vanskeliggjør menneskelig kontakt ytterligere. Samtlige av informantene beskriver at de har opplevd overtramp og ydmykelse i møte med andre mennesker og er som en konsekvens av dette redde for at nye katastrofer skal inntreffe i møte med nye mennesker. Leveregelen er at: ”Det er best å unngå folk, fordi de vil meg bare vondt uansett. Det er lettest å holde seg for seg selv.” På sikt er ikke denne strategien videre adaptiv. Samtlige av informantene beskriver ensomheten som *svært vond og vanskelig* og det ikke er slik at de søker ensomheten fordi de trives best slik, men fordi de ikke ser noen annen løsning. Mulige løsninger vil jeg diskutere avslutningsvis, herunder implikasjoner for behandling.

6.2 Virker dynamisk psykoseforståelse meningsfull i lys av informantenes beskrivelser?

Svaret er ja, så absolutt. På bakgrunn av informantenes beskrivelser vil jeg påstå at *samtlige* av teoriene jeg har presentert innenfor det psykodynamiske perspektivet er verdifulle bidrag i forhold til forståelsen av psykose. De presenterte teoriene er forenelige med hverandre og det går an å integrere aspekter hentet fra de ulike teoriene for så å danne seg et fullgodt inntrykk av de psykotiske prosessene. I det følgende segmentet vil jeg belyse *noen* sentrale begreper jeg har behandlet i teoridelen med kliniske eksempler fra mitt datamateriale. Jeg har ikke mulighet til å redegjøre for alle aktuelle anskuelser grunnet oppgavens begrensede omfang.

6.2.1 Beskrivelse av et falskt selv:

Jeg har valgt å bruke Ada som eksempel i dette tilfellet, ettersom Ada gir en usedvanlig god beskrivelse av det jeg tolker som en opplevelse av å *ikke få levd ut sitt sanne selv* (Winnicott, 1965). Ada beskriver at hun var *predefinert* som en ”moro-klovn” og at dette synet til slutt ble dominerende; ”*Til slutt, så så de mest... bildene av meg og ikke meg*”. Ada beskriver at hennes opplevelse av et falskt selv ikke dominerer lenger i dag, men forteller samtidig at hun er *positiv* i sin beskrivelse av seg selv som person. Da jeg forsøker å konstantere at hun er positiv, krymper hun seg og repliserer; ”*Jeg prøver å være det i hvert fall*”. For meg virker det tydelig at positiviteten ikke stikker så dypt. Da Ada beskriver sin opplevelse av å være psykotisk sier hun først ”*Noe jeg sier på moro; jeg har en hjernecelle som flyr mellom ørene*”.

Dette presenteres som en *vits* og er helt kongruent med moro-klov-rollen hun har beskrevet – som hun mener er et tilbakelagt kapittel. Det kan synes som om Ada tidvis fortsatt spiller moro-klovn, at det falske selvet opererer for å beskytte henne mot overveldende angst og ytterligere fragmentering på et ubevisst plan.

6.2.2 Manglende selv-objekt konstans

Samtlige av kandidatene beskriver seg selv på en kontradiktorisk måte. Dette avspeiler, slik jeg tolker det, manglende selv-objektkonstans – at har selvet har blitt stående i en udifferensiert psykotisk posisjon og at opplevelsen av selvet følgende fluktuerer og varierer avhengig av kontekst. Slik som Ada for eksempel formulerer det ”*Jeg har vært litt sånn som har snudd med vinden*”. Samtlige av informantene beskriver at deres syn på seg selv har blitt bestemt uavkortet etter andres forgodtbefinnende, noe jeg mener kan stamme fra et manglende integrerende, autonomt jeg (Winnicott, 1965) eller *stabilt selv*, som jeg ville sagt. Svakheten i selvstrukturene gjør det vanskelig å skille mellom selvet og omverdenen og resulterer i at uerkjente egenskaper ved selvet projiseres over på andre og fører til *paranoide forestillinger*, som samtlige informanter beskriver. Splitting og projeksjon benyttes som forsvar jamfør Kleins beskrivelser av den paranoid-schizoide posisjon (Klein, 1932). Manglende avgrensning av selvet skaper også fusjon (sammensmeltning) og frykt for fusjon mellom selvet og andre, noe som virker svært angstfremkallende (Gabbard, 2005).

6.2.3 Ontologisk usikkerhet

Laings (1960) beskrivelse av ontologisk usikkerhet slo meg som *helt essensiell* i møte med informantene. Den grunnleggende usikkerheten i forhold til om opplevelsene er virkelige: – Kan jeg stole på at musene er virkelige? Kan jeg stole på at koppene holder vann? Kan jeg stole på naboene? Kan jeg stole på det folk sier? Kan jeg stole på mine egne sanser, mine egne oppfatninger av situasjonen? Som Ada så passende sier: ”*Det er litt sånn.. Å stole på*”. Og som Daniel beskriver summarisk: ”*Den tvilen som er der, den er litt sånn kjip*”. Denne tvilen som sluker alt på sin vei, har i følge Laing oppstått i det interpersonlige rommet mellom mennesker. Jeg tenker følgelig at denne usikkerheten også kan restitueres i det interpersonlige rommet mellom mennesker, og er således en viktig tråd å følge opp i psykologisk behandling. Det er nærliggende å tenke at informantenes selvopplevelse ikke har blitt tilstrekkelig validert og at det de først og fremst har behov for er bekreftelse og anerkjennelse av sine *egne opplevelser, egne emosjoner* og sin *egen person*. Informantene gir uttrykk for at de ikke har blitt sett og hørt og opplevelsen av et koherent selv avhenger som kjent av tilstrekkelig

responsive omgivelser. I utviklingen av selvet er det enten *vinn* eller *forsvinn*

– Det er et spørsmål om validering eller fragmentering.

6.2.4 Freuds tanker om selvhelbredelse

Freud tenkte seg at psykosen hadde to faser – én, den psykiske katastrofen/ krisen

– og to, rekonstruering av mening, gjennom kreasjon av en verden av vrangforestillinger.

Denne antagelsen er helt i tråd med informantenes beskrivelser. Daniel beskriver denne rekonstruksjonen eksplisitt: ”*Jeg lagde min egen virkelighet (mm) min egen verden...*

Det ga liksom mening. Masse sånne rare tanker..” I følge Freud er rekonstruksjon av mening et forsøk på selvhelbredelse – en måte å redde selvet fra fragmentering og tilintetgjørelse.

For å beskytte det sårbare selvet blåses ego opp til uante dimensjoner. I freudiansk

terminologi vil det si at libido frigjøres og omdirigeres til ego. Istedenfor å føle seg fullstendig verdiløs beskriver både Steinar og Daniel en opplevelse av *omnipotens* i psykotisk fase.

Begge beskriver at de trodde de var Gud. Studier har faktisk avdekket at grandiose psykotiske forestillinger ofte oppstår i *direkte tilknytning til krenkelse av selvfølelsen* (Garfield, 1985).

6.2.5 Beskrivelse av konflikt

Den psykoanalytiske forståelsen av psykose innebærer at det foreligger en form for

intrapyskisk konflikt som siden fortreges, eller i henhold til Freud, *benektes* (Bateman &

Holmes, 1995). Konflikt i seg selv sees ikke som årsaken til psykose. Psykosen er et uttrykk

for *både konflikt og mangel*, som beskrevet i den teoretiske delen. Ada beskriver en uløselig

konflikt – en kjønnsrollekonflikt som bestod i at hun følte seg som gutt, men kunne ikke være

det. Ada hevder riktig nok at dette ikke utgjør et dilemma lenger: ”*Som sagt, så har jeg ikke noe ønske om å verken være mann eller begå selvmord, eller skade meg eller...*”

6.2.6 Beskrivelse av mangel

Samtlige av informantene beskriver det som i psykoanalytisk teori refereres til som *mangel*.

Forstyrrelse i selvutviklingen eller selvorganisering omtales ofte som *mangelpatologi*

(Killingmo, 1989). ”Mangelsykdommen” kan være en meget komplisert følelsesmessig

erfaring (Skårderud, 2008). Mangel referer for eksempel til manglende stimulering og/ eller

følelsesmessig bekreftelse og resulterer i ytterste konsekvens i fragmentering eller selvtap.

Det finnes uttalige måter å beskrive mangel i omgivelsene på, men ingen beskrivelse som er

like direkte og klar som Steinars beskrivelse: Likegyldighet. Likegyldigheten avspeiles igjen i

hans forhold til seg selv. ”*Jeg har ikke vært så veldig opptatt..... av å ha det bra...*”

– Nei, hvorfor skulle han være det? Han neglisjerer seg selv akkurat som han beskriver å ha blitt neglisjert av sine foreldre. I henhold til selvpsykologisk teori er dette en konsekvens av å ikke ha blitt sett og speilet (Kohut, 1977). Selvet formes ut i fra måten vi blir møtt på, og Steinar gir en beskrivelse av at selvopplevelsen hans ikke har blitt validert.

6.2.7 Et hvert psykopatologisk symptom beskytter mot noe som er enda verre

– Psykosens funksjon: om psykose som forsøk på mestring

Den dynamiske grunnantagelsen om at ethvert psykopatologisk symptom beskytter mot noe som er enda verre, forutsetter at mennesket forutfor psykosen befinner seg i en tilstand av skrekk og panikk, en traumatisk tilstand som kjennetegnes av overveldende angst og følelse av total hjelpeløshet og avmakt. Menneskene utvikler en psykose for å beskytte selvet.

Denne tanken er helt i tråd med informantenes beskrivelser og underbygger antagelsen om at instinktive og ubevisste forsvarsmekanismer effektueres når omgivelsene blir uhandterlige.

Det er viktig å akseptere og anerkjenne psykosen som *personens forsøk på mestring*, en mestringsstrategi som en gang har fungert til sitt formål, men som siden antar form av en mestringsstrategi ”gone bad”. En mestringsstrategi som har vært adaptiv, blir maladaptiv.

6.2.8 Psykosen både dekker over og forteller en historie

– De psykotiske symptomene er meningsfulle

Som tidligere nevnt er tanken om at psykotiske symptomene er meningsfulle et elementært prinsipp i psykodynamisk tenkning. I møte med informantene opplever jeg at tilnærmingen til symptomene som meningsfulle utvilsomt er både riktig og viktig. Symptomene er metaforer – fordekte historier om reelle overveldende livshendelser som har medført ekstreme emosjonelle reaksjoner. Jeg tenker det er viktig å utforske i fellesskap hva symptomene forsøker å fortelle i bearbeidelsen av psykosen. Hva representerer vrangforestillingene? Hvorfor mente Daniel at han var akkurat bestemor og hadde barn? Hvorfor mente Steinar at naboene var pedofile og styrte tv'n hans? En forståelse av egne opplevelser vil være en forutsetning for bearbeidelse av de psykotiske opplevelsene i et dynamisk perspektiv. En opplevelse sammenheng gir mening og det er nettopp de psykotiske forestillingene har bidratt til. Mennesket er meningssøkende og jeg mener derfor det er *uforsvarlig å frarøve noen psykosen uten å kunne tilby noe annet - en annen meningskapende forklaringsmodell.*

“Accepting the patient as a person leads to a willingness to explore the personal meanings of distress beyond the theories of biomedicine”. – Laurence J. Kirmayer

6.3 Kliniske implikasjoner for psykologisk behandling av psykose

Det har vært stor uenighet blant de lærde, i forhold til om det i hele tatt er mulig å påvirke den psykotiske utviklingen psykologisk. Freud hevdet i sin tid at *“there is also no possibility of influencing the patient by psychological means”* (Freud, 1925). På bakgrunn av en slik antagelse har flere ment at terapi ikke har noen plass i behandlingen av psykoser.

Den psykotiske overføringen utgjør en terapeutisk utfordring og psykologisk behandling av psykoser fordrer derfor høy ”containing capacity”, erfaring, og veiledning som hjelper terapeuten i å ikke gå seg helt vill i sine egne motoverføringsreaksjoner. At psykotiske pasienter ikke evner å relatere seg til andre mennesker og derfor er uegnede og utilgjengelige for psykoterapeutisk behandling er etter mitt syn *helt avleggs*. Som kliniker er *ikke spørsmålet hvorvidt psykotiske pasienter er egnet for behandling*, men heller hvorvidt den aktuelle *behandlingen er egnet for psykotiske pasienter*.

Kohut (1980) hevdet at psykotiske tilstander krevde en *annen behandling enn tradisjonell psykoanalytisk behandling* og at den terapeutiske teknikken følgende måtte modifiseres.

Denne oppfatningen er helt i tråd med Adas beskrivelse. Hun hadde opplevd det som svært ubehagelig å gå i behandling hos en terapeut som stønnet og glippet med øynene. Ada beskriver at hun ønsker å gå til psykolog og at hun bærer på hemmeligheter som hun ønsker å dele med noen, som vil være viktig for henne å dele, men at hun ikke har funnet en hun har klart å stole på. Hun beskriver at dette hun går og tenker tynger henne veldig og at det ville være til stor hjelp å få løst opp i all uvissheten rundt disse forholdene. Ada uttrykker et ønske om en gjensidig meningsutveksling og ytterligere bekreftelse fra terapeuten på at ”her sitter jeg og der sitter du og jeg oppfatter det du forteller meg”. Barrierene mellom selvet og omverdenen er så svake at det oppleves som om hun går i oppløsning og forsvinner når hun ikke får bekreftelse på at hun er et avgrenset individ i relasjonen og i verden.

Et fellestrekk for psykoseutsatte mennesker er at de opplever det som svært skremmende å relatere seg til andre mennesker (Gabbard, 2005). Samtidig har de et stort behov for å dele. Forholdet til behandler og behandling er ofte svært ambivalent; De søker hjelp med den ene hånden og avviser hjelp med den andre (Thorgaard, 2006). Å *skape trygghet i relasjonen* er derfor første bud i behandlingen. Det andre budet er etter mitt syn å *validere selvopplevelsen*. Relasjonen mellom pasient og behandler bør være av en slik karakter at pasienten føler seg sett, bekreftet og forstått – sannsynligvis en helt ny og annerledes opplevelse for pasienten, en erfaring som vil styrke troen på egen virkelighetsopplevelse (Karterud & Monsen, 1997).

Daniel beskriver at psykologsamtalene var ekstremt viktige for ham. Han beskriver stor tilfredshet med å snakke med ”*en som får ting på plass*” og forteller videre at han har fått bedre selvtillit av å gå i psykologisk behandling. En studie utført av Bjørn Rishovd Rund, professor i psykologi ved Universitetet i Oslo (1990), viste at pasienter med en tidligere schizofreni-diagnose som hadde gått i langtidsterapi, verdsatte terapien i *høy grad* og at den terapeutiske relasjonen var av stor betydning i forhold til pasientenes tilpassing til livet i det store og hele (Rund, 1990). Psykoterapi ved psykotiske tilstander oppleves altså som nyttig og verdifull for pasientene selv, og det opplever jeg som viktigere enn alt annet.

Jeg kan ikke få understreket nok at jeg anser det som svært viktig at pasientene får gjennomarbeidet livshendelsene og de tilhørende emosjonelle reaksjonene som inntraff forutfor det psykotiske gjennombruddet. Samtale knyttet til skambelagte opplevelser representerer en betydelig påkjenning og kan virke skremmende – men ikke på langt nær så skremmende som det å befinnes seg i en traumatisk tilstand av skrekk og panikk, for så siden å måtte forholde seg til opplevelsene helt på egenhånd. Utforskning av traumatiske opplevelser forutsetter trygghet i relasjonen og kontinuitet i behandling over lengre tid. Når disse rammene er etablert bør terapeuten, etter mitt syn, etterstrebe aktiv utforskning av hva de psykotiske opplevelsene representerer. De fleste vil oppleve det som en positiv erfaring å bli sett og hørt og at deres følelser faktisk *kan rommes av et annet menneske*. Studier har også, som tidligere nevnt, vist at en utforskning mellom pasient og behandler av symptomene, som munner ut i en felles forståelse av psykosen, er utslagsgivende for et positivt utfall av behandling (Chadwick, 1997).

Jeg er overbevist om at historier som aldri har blitt fortalt er mer skadelige enn historier som deles med en annen. *Alle undertrykte sannheter blir giftige* (Nietzsche, 1883-85) – det er nå *påvist* at traumatiske tilstander fører til nevrotoksiske kortisolnivåer og nevronal død i hippocampus og amygdala (Carrion, 2009). Hvis disse opplevelsene ikke bearbeides vil de fortsette å innhente og overvelde pasientene med samme kraft som før. Behandling som retter seg mot psykosens funksjon og ko-konstruksjon av mening bidrar til å menneskeliggjøre opplevelsene, som igjen gjør at livet kan oppleves som meningsfullt. Når et menneske først innlemmes i psykisk helsevern innebærer det en overhengende fare for at *selvbildet erstattes i sin helhet med det sykdomsbildet som blir presentert*. Som psykologer har vi både et faglig og et etisk ansvar for at dette synet ikke er et syn som skal få feste seg hos våre pasienter. Det jeg har forsøkt å skissere er en dynamisk, eksplorativ, innsiktsrettet terapiform som tar sikte på å

skape endring i kraft av at pasienten utvikler en opplevelse av et eget, sammenhengende og ektefølt selv som bærer av en egen, sammenhengende og meningsfull historie. Det må nevnes at denne formen for terapi krever engasjement, forpliktelse over lengre tid og tilnærmet normal kognitiv fungering – og er derfor ikke en behandlingsform som er egnet for alle. Forhåpentligvis vil positiv relasjonell erfaring gjennom terapi være med på å korrigere antagelsen om at enhver mellommenneskelig forbindelse ender i katastrofe.

I tillegg til en avpasset terapeutisk behandlingsform og antipsykotisk medikamentell behandling, bør også psykoedukasjon innlemmes som del av en vellykket psykosebehandling. Psykoedukasjon har dokumentert effekt (Pekkala & Merinder, 2002) og bør således tilbys alle pasienter og pårørende. En norsk studie utført av Bentsen (2003) gjort på effekten av psykoedukasjon av pårørende om schizofreni, viste at tilbakefallsfrekvensen ble redusert med 50%. Implementeringen av psykoedukasjon til familien var derfor like effektivt som bruken av antipsykotiske medisiner og er dessuten *helt uten kjente bivirkninger*. Cullberg (2005) hevder også at et av de viktigste psykoterapeutiske tiltakene for psykoseutsatte personer er å lære seg å legge merke til varselstegn. På den måten kan man bremse utviklingen av en psykotisk tilstand. Daniel beskriver at han har hatt *stort utbytte av psykoedukasjon*, og at han på lang vei har lært seg å differensiere mellom det han refererer til som *sunne tanker* og *tanke som ikke stemmer med virkeligheten* gjennom denne typen undervisning. Psykoedukativ behandling ved psykose fører altså frem, så det bør fokuseres på å utdanne psykologer i psykoedukative metoder i større omfang enn hva det gjøres per i dag.

6.4 Konklusjon

Det er ingen tvil om at mennesker som selv har en psykose kan gi vesentlige bidrag til forståelsen av hva det faktisk innebærer å ha en psykose. Gjennom informantenes innsiktsfulle beskrivelser tydeliggjøres opplevelsen av mangelen på et koherent selv, manglede selvfølelse og usikkerhet knyttet til validiteten av egne opplevelser. Skam, følelsen av tilkortkommenhet og høyere sensitivitet for omgivelsene er gjennomgående tema hos samtlige informanter. Informantene har benyttet seg av tilbaketrekning og isolasjon som forsøk på mestring. Isolasjonen har igjen medført ytterligere fremmedgjøring av selvet og omverdenen. Psykologisk behandling bør rette seg mot anerkjennelse av psykosens funksjon og mening, samt etablering av en følelse av et koherent og ektefølt selv – avgrenset fra alle andre. Opplevelsen av et eget selv gjør at man kan våge stole på egne opplevelser i større grad og etter hvert også stole på at det kan gå an å inngå i relasjoner med andre mennesker.

Fra en annen virkelighet

*Syk blir en av ropet om virkelighet.
Altfor nær var jeg tingene,
slik at jeg brant meg igjennom
og står på den andre siden av dem,
der lyset ikke er skilt fra mørket,
der ingen grenser er satt,
bare en stillhet som kaster meg ut i universet av ensomhet,
å av uheldelig ensomhet.
Se, jeg svaler min hånd i kjølig gress:
Det er vel virkelighet,
det er vel virkelighet nok for dine øyne,
men jeg er på den andre siden
hvor gresstrå er kimende klokker av sorg og bitter forventning.
Jeg holder et menneskes hånd,
ser inn i et menneskes øyne,
men jeg er på den andre siden
der mennesket er en tåke av ensomhet og angst.
Å, om jeg var en sten
som kunne rumme denne tomhetens tyngde,
om jeg var en stjerne
som kunne drikke denne tomhetens smerte,
men jeg er et menneske kastet ut i grenselandet,
og stillheten hører jeg bruse,
stillheten hører jeg rope
fra dypere verdner enn denne.*

Gunvor Hofmo (1948)

Referanser:

- Abram, J. (1997). *The language of Winnicott: A Dictionary and guide to understanding his work*. Jason Aronson Inc.
- Augustinios, M., Walker, I. & Donaghue, N. (2006). *Social cognition: An intergrated introduction*. London: Sage.
- Bateman, A. & Holmes, J. (1995). *Introduction to psychoanalysis: Contemporary theory and practice*. London: Routledge.
- Beattie, J. (1776). An essay on laughter, and ludicrous composition. I: *Essays, on the nature and immutability of truth in opposition to sophistry and scepticism. On poetry and music as they affect the mind. On laughter and ludicrous composition. On the utility of classical learning*. General Books (2009).
- Beck, J. C. & van der Kolk, B. (1987). Reports of childhood incest and current behaviour of chronically hospitalized psychotic women. *The American Journal of Psychiatry*, 144 (11), 1474-6.
- Bentsen, H. (2003). Bedrer psykoedukativ familiebehandling forløpet ved schizofreni? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123(18), 2571-74.
- Bentall, R. P. (2004). *Madness explained: Psychosis and human nature*. London: Penguin Books.
- Benum, K. (2003). Møte med den som er alene og red. I: Anstorp, T., Hovland, B. I. & Torp, E. (red.) *Fra skam til verdighet: Teologisk og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep*. Universitetsforlaget.
- British Psychological Society. (2000). *Recent advances in understanding mental illness and psychotic experiences*. Liecester: British Psychological Society.
- Carrión, V. G. et al. (2009). Reduced hippocampal activity in youth with posttraumatic stress

- symptoms: An fMRI study. *Journal of Pediatric Psychology*. Hentet 2.4.2010 fra <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/jsp112>
- Chadwick, P. K. (1997). *Schizophrenia: The positive perspective*. London: Routledge.
- Crow, T, (1990). The continuum of psychosis and its genetic origins. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 506-17.
- Cullberg, J. (2005). *Psykosser: Et integrert perspektiv*. Universitetsforlaget AS.
- Dittmann, J. & Schuttler, R. (1990). Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(4), 318-22.
- Drayton, M., Birchwood, M. & Tower, P. (1998). Early attachment experience and recovery from psychosis. *The British journal of clinical psychology*, 37 (3), 269-84.
- Fenomenologi. (2010). *Caplex*: Hentet 27.4.2010 fra <http://www.caplex.no/Web/ArticleView.aspx?id=9310233>
- Freud, S. (1911). *Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia*. Engelsk utgave (2003). "The Schreber Case". London: Penguin Books.
- Freud, S. (1914). *On narcissism: An introduction*. Engelsk utgave (1991). Yale University Press.
- Freud, S. (1918). *From the history of an infantile neurosis*. Engelsk utgave (2003). "The Case of the Wolfman." San Francisco: Arion Press.
- Freud, S. (1920). *Beyond the pleasure principle*. London: Hogarth.
- Freud, S. (1924). The loss of reality in neurosis and psychosis. I: *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 19, 183-87. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1925). *An autobiographical study*. Engelsk utgave (1989). New York: W. W.

Norton & Company Inc.

Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms, and anxiety*. Engelsk utgave (1990).

New York: W. W. Norton & Company Inc.

Freud, S. (1950). *Totem and taboo: Some points of agreement between the mental lives of savages and neurotics*. Engelsk utgave (1990). New York: W. W. Norton & Company Inc.

Fugelsnes, E. (2009). *Å skjønne schizofreni*. Hentet 2.4.2010 fra

<http://www.forskning.no/artikler/2009/januar/206883>

Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington DC/ London: American Psychiatric Publishing Inc.

Gullestad, S. E. (2005). Who is "who" in dissociation?: A plea for psychodynamics in a time of trauma. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(3), 639-56.

Garfield, D. (1985). Self-criticism in psychosis: Enabling statements in psychotherapy. *Dynamic Psychotherapy*, 3, 129-37.

Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten: Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Geekie, J. & Read, J. (2009). *Making sense of madness: Contesting the meaning of schizophrenia*. London & New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

Hinslewood, R. D. (2004). *Suffering insanity: Psychoanalytic essays on psychosis*. Hove & New York: Brunner-Routledge, Taylor & Francis Group.

Hirsch, S. R. & Weinberger, D. R. (red.) (2003). *Schizophrenia*. WileyBlackwell.

Johannessen, J. O. (2002). Schizophrenia – incidence and significance.

Tidsskrift for Den norske legeforening 122(20), 2011–14.

- Johannessen, J. O. & Cullberg, J. (2003). Dynamikken I akutte psykoser og den psykodynamiske terapeutens rolle. I: Johannessen, J. O. & Bloch-Thorsen, G. R. (red.) *Den gode psykoterapeut*. Stavanger: Hertevig Forlag.
- Jung, C. G. (1971). Psychological types. I: McGuire, W. *The collected works of C. G. Jung* (6). Princeton University Press.
- Karterud, S. & Monsen, J. T. (red.) (1997). *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. Ad Notam Gyldendal AS.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: implications for technique. *The international journal of psychoanalysis*, 70 (1), 65-79.
- Kingdon, D. G. & Turkington, D. (2007). *Kognitiv terapi ved schizofreni*. Universitetsforlaget.
- Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children*. London: Hogarth.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International University Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International University Press.
- Kohut, H. (1980). Reflections on advances in self psychology. I: Goldberg, A. (red.). *Advances in Self Psychology*. New York: International University Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* London: The University of Chicago Press.
- Kris, E. (1952). *Psychoanalytic explorations in art*. New York: International University Press.
- Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller. (2010). *Forskningsetiske Komiteer: Etiske Retningslinjer*: Hentet 9.4.2010 fra [http://www.etikkom.no /no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/](http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/)
- Laing, R. D. (1960). *The divided self: A study of sanity and madness*. London: Tavistock.
- Lally, S. J. (1989). "Does being in here mean there is something wrong with me?" *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2), 253-65.
- Larkin, W. & Read, J. (2008). Childhood trauma and psychosis: Evidence, pathways, and implications. *Journal of Postgraduate Medicine*, 54(4), 287-93.
- Laurence, J. (2003). *Pure madness: How fear drives the mental health system*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Mason, O.J. & Brady, F. (2009). The psychotomimetic effects of short-term sensory deprivation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 783-5.
- Mitchell, S. A. & Black, M. J. (1995). *Freud and beyond: A history of modern*

- psychoanalytisc thought*. New York: Basic Books.
- Molvaer, J., Hantzi, A. & Papadatos, Y. (1992). Psychotic patients attributions for mental illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 31 (2), 210–212.
- Monsen, J. T. (1990). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi: Utdrag fra klinisk psykologi*. TANO AS.
- Monsen, J. T & Monsen K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins's affect- and script theory within the framework of self psychology. *Progress in Self Psychology*, 15, 287-306.
- Morrison, A., Read, J. Turkingon, D. (2005). Trauma and psychosis: Theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 11(5), 327-9.
- Mosher, L. R. (2001). Treating madness without hospitals: Soteria and its successors. I: Schneider, K. J., Bugental, J. F. T. & Pierson, J. F. (red.) *Handbook of humanistic psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Møller, P. (2000). *The phenomenology of the initial prodrome and untreated psychosis in first-episode schizophrenia: an exploratory naturalistic case study*. Doktoravhandling. Ullevål Universitets sykehus, Universitetet i Oslo og Diakonhjemmet Hospital, Oslo.
- Nietzsche, F. (1883-85). *Slik talte Zarathustra (Also sprach Zarathustra)*. Norsk utgave (1999). Gyldendal.
- Nietzsche, F. (1987). *Human all too human: A book for the free spirits (Menschliches, Allzumenschliches)*. Engelsk utgave (1984). University of Nebraska Press.
- Parnas, J. et al. (2005). EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, 38 (5), 236-58.
- Pekkala, E. T. & Merinder, L. B. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode*. Universitetsforlaget.
- Raaheim, K. & Skre, I. B. (2010). *Psykoanalyse*. I: Det store norske leksikon: Hentet 28.3.2010 fra <http://www.snl.no/psykoanalyse>
- Read, J., Mosher, L. R. & Bentall, R. P. (2004). *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. Hove & New York: Brunner-Routledge, Taylor & Francis Group.

- Read, J. et al. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-50.
- Rund, B. R. (1990). Fully recovered schizophrenics: A retrospective study of some premorbid and treatment factors. *Psychiatry*, 53(2), 127-39.
- Schafer, R. (1973). *Aspects of Internalization*. New York: International Universities Studies.
- Schizofreni. (2010) Wikipedia: Hentet 26.3.2010 fra <http://no.wikipedia.org/wiki/Schizofreni>
- Schreber, D. P. (1903). *Memoirs of my nervous illness*. Engelsk utgave (2000). NYRB Classics.
- Sheperd, M. et al. (1989). The natural history of schizophrenia: A five year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychological Medicine*, 15, 1- 46.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Sims, A. (1998). "Psyche" – Spirit as well as mind? *British journal of psychiatry*, 165 (4), 441-46.
- Skårderud, F. (2002). *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* Bergen: Fagbokforlaget.
- Skårderud, F. (2004). Spiseforstyrrelser: Skam: Skam er en viktig følelse i spiseforstyrrelser - både som årsak og virkning. Hentet 22.3.2010 fra www.lommelegen.no/322216/skam
- Skårderud, F. (2008). Sulten, spriten og skammen: Å dikte om fraværet og dets kroppsmetaforer. Poeten Gunnar Ekelöf (1907-1968). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(11), 1396-1411.

- Slade, P. D. (1984). Sensory deprivation and clinical psychiatry. *British journal of hospital medicine*, 32(5), 256-60.
- Stolorow, R., Brandchaft, B., & Atwood, G. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. W. Norton & Company Inc.
- Thorgaard, L. (2006). *Relationsbehandling i psykiatrien: Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relationsbehandling, Bind III*. Stavanger: Hertevig Forlag.
- Tomkins, S. S. (2008). *Affect imagery consciousness: The complete edition (1-4)*. Springer Publishing Company.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisæth, L. (red.) (1996). *Traumatic stress*. New York: The Guildford Press.
- Værnes, T. G. (2009). EASE – hva er det? *Nyhetstips - Regionalt kompetansesenter for tidlig intervensjon ved psykoser, 1*, 11-14.
- Winnicott, D. W. (1962). The Theory of the Infant-Parent Relationship. *The international journal of psycho-analysis*, 43, 238-9.
- Winnicott, D. W. (1965). Ego distortion in terms of the true and false self. I: *The maturational process of the facilitating environment*. London: Hogarth.
- World Health Organization. (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelse: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Zubin, J. (1977). *Origins of the vulnerability theory*. Hentet 27.3.2010 fra www.wpic.pitt.edu/research/biometrics/Publications/Biometrics%20Archives%20PDF/790Zubin19860001.pdf

Deltakernr: _____

Kjønn: _____

Alder: _____

Dato: _____

Intervjuer: _____

Semistrukturert Intervju for Selvopplevelse ved Psykose

Versjon 1.1

09.11.2009

Fenomenologisk kartlegging

Hedvig J. Seilø



1. Hvordan vil du beskrive deg selv som person?

2. Hva opplever du selv som dine plager i dag? (Uavhengig av diagnose)

3. Når oppstod disse plagene (referer til overnevnte)?

4. Hvis personen ikke husker: Kan du huske en tid hvor du *ikke* følte det slik?

5. Hvordan opplevde du *deg selv* før plagene oppstod?

6. Hvordan opplevde du *deg selv* etter plagene oppstod?

7. Merket du deg noen *forandring* når disse plagene startet?

8. Kan du huske om det var noe spesielt *som hadde hendt* forut for dette?

9. Isolerte du deg/ var du mye alene i denne perioden?

10. Hvis dette var tilfellet: Har du noen tanker om hvorfor du isolerte deg?

11. Har du hatt andre opplevelser i livet som har hatt spesiell betydning for deg?

12. Kjenner du deg igjen i følgende utsagn?

Noen ganger tviler jeg på at det jeg opplever er virkelig. Ja Nei

Noen ganger tviler jeg på om jeg er i live/ eksisterer. Ja Nei

Verden virker fremmed/ forvirrende. Ja Nei

Jeg har tanker og ideer som ingen andre forstår. Ja Nei

Jeg har vanskelig for å stole på andre. Ja Nei

Jeg har vanskelig for å stole på meg selv. Ja Nei

Jeg tror at andre vil meg vondt. Ja Nei

Jeg har mistet meg selv. Ja Nei

Utdypning av *utsagnene som passer*. Fortell mer om... (Bruk tid på dette)

13. Hvordan oppleves/ opplevdes det for deg å ha det på den måten?

14. Har du noen tanker om hva som kan være *årsaken* til opplevelsene du har beskrevet?

15. Føler du at disse opplevelsene hadde noen mening for deg? På hvilken måte?

16. Har ditt syn på deg selv forandret seg? På hvilken måte?

17. Hva har vært til hjelp for deg?

18. Hva *tenker du selv* er/ hadde vært til best hjelp for deg?

19. Er det noe annet du ikke har fortalt om som du vil fortelle avslutningsvis?

20. Andre merknader:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Psykose og Selvopplevelse – En fenomenologisk hermeneutisk studie”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål om å delta i et intervju for å undersøke menneskers egne opplevelser knyttet til psykose. Psykose er ikke én bestemt lidelse, men en betegnelse som brukes om ulike opplevelser/ tilstander. Hvordan psykosen utarter seg varierer fra person til person. Årsakene til psykose er mange og svært ulike fra person til person, dette betyr at alle kan få psykose eller psykoselignende opplevelser. Hensikten med studien er å forstå slike opplevelser bedre gjennom å snakke med mennesker som har opplevd dette selv. Studien er del av et hovedoppgaveprosjekt i psykologi. Universitetet i Oslo er ansvarlig for studien.

Hva innebærer studien?

Deltakelse i studien innebærer at du deltar i et intervju omkring egne opplevelser og tanker og følelser knyttet til dette. Intervjuet tar ca. 1,5 time. Det er ønskelig at intervjuet blir tatt opp på lydbånd. Ingen utenom intervjuer vil ha adgang til dette materialet. Lydbåndet vil bli slettet ved prosjektets slutt.

Mulige fordeler og ulemper

Intervjuet baseres på egne opplevelser. Deltakelse kan innebære en betydelig påkjenning. Intervjuet kan også oppleves som nyttig for deltaker. Du kan velge å avslutte intervjuet når som helst.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Personlig informasjon som fremkommer under intervjuet vil bli omskrevet og kan ikke tilbakeføres til deg som person. Ingen personidentifiserbare opplysninger vil bli lagret. Informasjonen skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien – som del av en hovedoppgave i psykologi.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Deltaker kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke sitt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side (side 2). Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling.

Retten til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Deltakere har rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert og har rett til å få korrigert eventuelle feil i opplysningene. Dersom man trekker deg fra studien, kan opplysninger slettes, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er uavhengig og ikke finansiert. Deltakere vil ikke motta honorar.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)