

Recovery og levde liv

Av Marius Veseth (Universitetet i Bergen),
Åse Skjølberg (Helse Førde) og Ottar Ness (NTNU)



Sykepleieren banker på. Tre korte ganger før døren åpnes på gløtt.

Pasienten ber om å få være i fred.

«Det er middag i spisestuen,»

sier sykepleieren, som nå står midt i det halvmørke rommet.

Pasienten svarer fra sengen: «Jeg

er ikke sulten.» «Maten står

fremme til halv fire, det er ingen

måltider på rommet, vet du. Og

kvelden er ikke før sju.»

Pasienten nikker forsiktig, halvt

gjemt under dynen. Sykepleieren

tar et lite skritt frem, bretter den

forsiktig ned og trekker etter hvert

opp gardinene: «Du må møte

verden, det er det eneste som

hjelper.»

Se for deg denne samhandlingssekvensen på en sengepost på DPS eller kanskje på et psykiatrisk sykehus, og tenk gjennom følgende: Hva ville du ha gjort i denne situasjonen?

Utgangspunktet vårt er et recovery-perspektiv, det vil si det kunnskaps- og forskningsområdet som har utviklet seg som retningsgivende for psykisk helse- og rusfeltet i Norge de seneste 20 årene (Karlsson & Borg, 2017). En hyppig brukt inndeling for å forklare dette perspektivet har blitt gjort mellom

klinisk og personlig bedring, det vil si mellom fullstendig og delvis recovery, mellom å forstå begrepet som et utfall og som en prosess (Slade & Davidson, 2011). Slik refererer recovery både til et tenkt endepunkt av symptomfrihet (det vi kaller 'recovery from') og samtidig også til en bevegelse mot å skape seg et så godt liv som mulig ('recovery in').

Recoverybegrepet har ikke bare flere betydninger, det har også et mangfold av røtter (Karlsson & Borg, 2017). Disse har utviklet seg både uavhengig av hverandre og i dialog, men også som motstykker på forskjellige fagområder. For eksempel er det slik at mens man i psykisk helsefeltet tradisjonelt har beskrevet utsiktene for fullstendig recovery for folk med alvorlige psykiske lidelser som marginale, har man i rusfeltet på sin side tendert mot å avvise at delvis recovery kan være en mulighet (Gagne, White & Anthony, 2007). Spissformulert kan vi kanskje si at man har tenkt at folk med schizofreni eller bipolar lidelse ikke kan komme seg, mens folk med alkohol- og rusproblemer ikke kan være litt friske.

Folk kan bli (og blir!) bedre

I psykisk helsefeltet har det å dokumentere at folk kan bli bedre fra alvorlige psykiske lidelser stått sentralt. Langsgående studier der man over tid har fulgt forløpene til personer med schizofreni eller bipolar lidelse har i over femti år vist at folk faktisk blir bedre. I en systematisk kunnskaps-sammenstilling oppsummerer Borg, Karlsson og Stenhammer (2013) at avhengig av hvor slike studier er utført, regner man med at mellom 45 og 65 prosent kommer seg og opplever bedring. Recovery er altså en reell mulighet som en betydelig andel personer med alvorlige psykiske lidelser vil oppnå. I rusfeltet har det tilsvarende stått sentralt å vise nyansene i recoveryprosesser (Gagne, White & Anthony, 2007). Det finnes et mangfold av veier som kan lede til verdige og meningsfulle hverdager, og da er det ikke sikkert at totalt avhold er den eneste, eller den beste løsningen for alle.

Forskning på recovery viser også at i prosesser med å skape seg et godt liv, kan hjelpeapparatet være viktig. For mange vil behandling, for eksempel på sengepost som vist i kasuseksempel vårt innledningsvis, spille en sentral rolle i deres bedringsprosesser. Andre vil kunne oppnå bedring uten støtte eller hjelp fra fagfolk, det som ofte omtales som spontan eller naturlig

recovery (Ness, Borg & Davidson, 2014). For en tredje gruppe igjen, vil bedring kunne skje på tross av hjelpeapparatet. Enkelte opplever negative effekter av behandlingen, at det som skulle vært støttende og hjelpsomt virker mot sin hensikt. Mange ganger handler dette om møter med fagpersoner og systemer der man opplever tap av verdighet eller å miste håpet om bedring. I sin selvbiografi *Madness made me*, beskriver Mary O'Hagan (2014), en kjent rettighetsaktivist og internasjonal frontfigur i psykisk helsefeltet, sitt møte med det psykiatriske hjelpeapparatet på følgende måte:

I entered a system that stripped me on both sides of my skin. First came the induction ritual where I was stripped of my clothing and possessions. This was just a taste of things to come. Over the following weeks and years a deeper stripping took place as I lost possession of my credibility and dreams. (s. 112)

Like fullt opplevde altså O'Hagan bedring. I boken beskriver hun hvordan hun fant måter å håndtere sitt eget liv på basert på de styrkene og ressursene hun hadde, og hvordan hun gradvis klarte å bygge gode og meningsfulle hverdager. I denne perioden måtte hun imidlertid ikke bare arbeide med sine plager, hun måtte også møte etterdønningene av de

vonde erfaringene fra hjelpeapparatet så vel som konsekvensene av de fordommer og stigma som finnes i samfunnet (O'Hagan, 2014). Slik handler recovery om mye mer enn behandling, det dreier seg om personenes levde erfaringer og den større sosiale konteksten som disse inngår i (Veseth & Skjølberg, 2016).

Utgangspunktet er et førstepersonsperspektiv

Som en følge av dette er selvbiografiske fortellinger og kvalitativ forskning viktige kilder til kunnskap om recovery. Dette er imidlertid en type kunnskap som ikke alltid har vært verdsatt høyst. John Strauss, en av pionerene bak recoveryforskningen, som allerede på 1960-tallet ledet noen av disse store langsgående studiene vi har omtalt overfor, har for eksempel beskrevet hvordan en av informantene én gang stoppet han i et slikt intervju. Deltakeren utbrøt: «Hvorfor stiller du aldri spørsmål om hva jeg gjør selv for å få det bedre?» (Strauss, 2008). Når vi skal forstå recovery blir nettopp slike spørsmål viktige da personens egeninnsats blir sett på som å ha avgjørende betydning og utgangspunktet her alltid vil være førstepersonsperspektivet. O'Hagan (2014) skriver om dette slik:

Madness has been described again and again by people who have never experienced it. [...] Most of the stories of those who look on, seeing only snatches of madness, portrays it as all bad. My story is fuller than those who looked on. As well as being the most intricate story, it is the only unbroken one, the only story that had a witness present from start to finish and every moment in between. (s. 46-47)

Førstepersonsperspektivet vil også være grunnlaget for terapeutisk arbeid med folk som sliter med psykisk uhelse eller rusrelaterte utfordringer. I recoveryorienterte praksiser snakker vi derfor ofte om å utvikle bedringsmål heller enn behandlingsmål (Veseth, 2014). Dette for å forankre de verdier og målsetninger som legges til grunn i individets pågående hverdagsliv. Med dette blir det personen som er gjenstand for oppmerksomheten, og ikke lidelsen.

Når vi i det korte kasuseksempellet vårt spør hva du ville gjort i denne situasjonen, kan vi fra et recoveryperspektiv undre oss over hvilke bedringsmål som kan danne best utgangspunkt for å hjelpe denne pasienten: Kanskje er det slik at for ham eller henne så tenkes håpet om et bedre liv gjennom lyset som slipper inn gjennom vinduet eller fra hverdagsinstrykkene som siver inn? Eller kanskje er det heller slik

at det akkurat nå ikke er mulig å møte verden utenfor, at personen har nok med sin indre verden?

‘Oss’ og ‘dem’

Poenget vårt her er et annet. For påfallende nok er det slik at du’et i denne type spørsmål aldri er pasienten (Mol, 2008). Posisjonen vi velger å tre inn i når vi skal være aktører i denne situasjonen finnes hos den andre. På denne måten viser vi hvordan vi ikke relaterer oss helt til den som sliter med psykisk helse- eller rusvansker. Dette til tross for at denne pasienten kunne vært naboen vår, svømmetreneren, ambulansesjåføren eller søskenbarnet som vi ikke har sett på flere år. Det kunne vært oss alle sammen. Dermed understreker kasuseksempelen vårt hvordan det fremdeles finnes et ‘oss’ og et ‘dem’. Fra et recoveryperspektiv vil dette være en sentral lærdom. Med Deegan (1992) sine ord kan vi si det slik: «The concept of recovery is rooted in the simple yet profound realization that people who have been diagnosed with a mental illness are human beings» (s. 12). O’Hagan (2014) beskriver hvordan hun utviklet en liknende forståelse i sitt møte med det psykiske helsevesenet og medpasientene på sykehuset der hun var innlagt:

Faced with the sudden drop in status, I had three choices. I could decide there had been a terrible mistake and that I wasn’t really ‘one of them’. Or I could come to the cruel realization that I was ‘one of them’; they were bad so I must be too. Or I could accept becoming ‘one of them’, deciding that they were OK after all and I was too. (s. 112)

Slik er aksept et viktig skritt i recoveryprosesser, for det er først når vi aksepterer oss selv som den vi er at vi også kan begynne å forandre oss (Davidson, 2003). Aksept kan imidlertid ikke bare komme innenfra, den må også gjenspeiles i samfunnet. Og fra et recoveryperspektiv vil dette være et sentralt fokus for tiltak da det nettopp her ligger et stort bedringspotensial for folk med psykisk helse- og rusvansker (Veseth, 2016).

Gjennom en grunnleggende aksept fra lokalmiljøet kan han eller hun ta fatt på rollen som en aktiv deltaker både i samfunnet og i sitt eget liv. Og et første steg mot å overskride skillet mellom ‘oss’ og ‘dem’ vil være å se det allmenne i førstepersonsfortellinger om psykisk uhelse og rus. Dette gjør vi kanskje aller best når vi også oppdager oss selv i folk som sliter med dette.

Marius Veseth, Universitetet i Bergen
E-post: marius.veseth@uib.no



Åse Skjølberg, Helse Førde



Ottar Ness, NTNU



Referanser

Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). Recovery-orienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA): Rapport nr 4/2013.
Lastet ned fra: <https://www.napha.no/content/13510/Lanserte-Recovery-hefte>

Davidson, L. (2003). Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York: New York University Press.

Deegan, P. E. (1992). The independent living movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15, 3-19. DOI: 10.1037/h0095769

Gagne, C., White, W., & Anthony, W. A. (2007). Recovery: A common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 32-37. DOI: 10.2975/31.1.2007.32.37

Karlsson, B., & Borg, M. (2017). Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Mol, A. (2008). The logic of care: Health and the problem of patient choice. New York: Routledge.

O'Hagan, M. (2014). *Madness made me. A memoir.* Wellington, New Zealand: Open Box.

K. Dyregrov & F. Thuen (Red.): *Krevende livserfaringer og psykisk helse* (s. 213-230). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: A literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7, 107-117. DOI: 10.1108/ADD-02-2014-0007

Slade, M. & Davidson, L. (2011). Recovery as an integrative paradigm in mental health. I G. Thornicroft, G. Szmukler, K. T. Mueser & R. E. Drake (Red.) *Oxford textbook of Community mental health* (pp. 26–33). Oxford: Oxford University Press.

Strauss, J. S. (2008). Prognosis in schizophrenia and the role of subjectivity. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 201-203. DOI: 10.1093/schbul/sbn001

Veseth, M. (2014). Folk blir bedre: Hva vi kan lære av menneskers egne erfaringer med vekst og positiv utvikling ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, 29-35.

Veseth, M. (2016). En skjev dans. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53, 376-377.

Veseth, M., & Skjølberg, Å. (2016). Lidelse kan lettes og gode liv leves: Bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. I K. Underlid,