

Lær av de som blir friskest av psykose

TEKST

Olav Nytingnes

PUBLISERT 5. mai 2009

Alvorlige psykiske lidelser, og særlig schizofreni, har vært omkranset av mystikk og pessimisme, men også av håpet og drømmen om store behandlingsgjennombrudd. Fortsatt er forestillingen om schizofreni som en kronisk og nedbrytende sykdom levende, både blant fagfolk og i befolkningen generelt.

Kanskje det er fordi psykoser er så tett sammenbundet med utilregnelighet, at behandlingsapparatet og behandlingsforskning i liten grad har undersøkt hvordan de menneskene det tross alt går bra med, forstår sine egne bedringsprosesser?

Først i de siste tiårene er det vist særlig systematisk interesse for de personene det går best med, og hvordan og hvorfor det går bra med dem etter schizofrenidiagnose. Center for Psychiatric Rehabilitation i Boston, USA har vært en drivkraft for fokus på *recovery* i forskning og tjenesteutvikling. I Norge har Marit Borg brukt ordet bedringsprosesser om det samme temaet, andre bruker ordet bedringsforskning.

Opp gjennom etterkrigstida kom enkelte store undersøkelser som viste at det gikk bedre med mennesker med schizofrenidiagnose enn det som hadde vært gjengs oppfatning blant forskere og i hjelpeapparatet. Harding (2005) oppsummerer noen av disse undersøkelsene, som viser at et sted mellom 1/3 og 2/3 av de som på ett tidspunkt er diagnostisert med schizofreni, blir helt bra eller delvis bra, og alle diagnostiske undergrupper er med. Selv etter lange perioder med stor symptombelastning, eller etter flere rehabiliteringsforsøk uten særlige resultater, kan det skje betydelig bedring. Og – kanskje mest utfordrende for oss fagfolk – i denne forskningen har det vært forbausende vanskelig å knytte slike bedringsprosesser til konkrete behandlingsingredienser, enten det gjelder medikamenter eller konkrete psykoterapeutiske tilnærminger.

«Det har vært forbausende vanskelig å knytte bedringsprosesser til konkrete behandlingsingredienser, enten det gjelder medikamenter eller

psykoterapeutiske tilnærminger»

Hvordan skal vi da forstå bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser? Svenske Alain Topor (2004) sammenfatter internasjonale funn og bygger selv på intervjuer med 30 mennesker med ulike alvorlige psykiske lidelser. Han finner at langsiktig bedring krever håp og egeninnsats, noen gode forhold til andre mennesker, bolig og penger, samt noen som har bruk for deg. Sagt med fagord: individuelle, relasjonelle og materielle forhold, i tillegg til verdsatte roller. Han finner også at veien mot bedring kan ha mange daler eller tilbakeslag, og at en overflate av tilbaketrekning og passivitet noen ganger skjuler et viktig arbeid som forbereder et prosjekt for å skape endring i livet. Behandlingsinnsatsen til hjelpeapparatet vurderes ulikt fra person til person: Noen mener at medisiner eller psykoterapi var viktig, andre mener dette ikke var av betydning, eller til og med at det stod i veien for deres bedring. Noen forstår psykosen som en fremmed prosess i hjernen, andre som en meningsfylt og forståelig reaksjon på egne erfaringer. Variasjonen i hva brukerne selv mener var avgjørende vendepunkter, er stor. Som Borg peker på i sin artikkel i denne utgaven av Tidsskriftet, skjer mye av endringene i tilknytning til hverdagslivet. Mangfoldet i hvordan det beste forløpet ved alvorlige psykiske lidelser kommer i stand, er et iøynefallende trekk ved nordisk og internasjonal bedringsforskning for psykoser.

Det meste av helsehjelp kan sees som arbeid for å legge til rette for at våre selvhelbredende krefter får virke. Det gjør at erfaringene fra mennesker som «sprenger» prognosen, kan være avgjørende for å oppdage viktige forhold, særlig for situasjoner der vi ikke alltid forstår hvorfor det utvikler seg positivt eller negativt. Det er på tide å starte diskusjonen av hva funn fra bedringsforskning skal bety for hjelpen og hjelpeapparatet.

I det minste bør vi se kritisk på det som brukerne beskriver som kjepper i hjulene på deres bedringsprosesser. Eksempler kan være å forespeile livslangt sykdomsforløp eller medisiner, å organisere hjelpen slik at pasient, pårørende og ansatte triangulerer hverandre, eller ordne hjelpen med så mange overganger at det blir umulig å finne ansatte man kan forholde seg til eller få tillit til. Mer spennende kan det bli å lete etter måter å understøtte menneskers individuelle bedringsprosesser bedre på:

Hvordan fremmer og vedlikeholder man håp, for eksempel i begynnelsen av hjelpearbeidet, under innleggelse, utredning eller bruk av medikamenter? Hvilken rolle har diagnostiske begreper for håp, håpløshet eller mestring? Hvordan ordne de første møtene med hjelpen hvis bevaring av uformelt nettverk er sentralt for langsiktig bedring? På hvilke måter bør fagfolk engasjere seg i menneskers hverdagsliv og verdsatte roller for å stimulere deres egne bedringsprosesser best mulig?

Recoveryperspektivet kan også innebære en kjærkommen mulighet til oftere å gå *med* brukeren ved psykose, og kan hjelpe oss til å redusere behovet for å gå mot brukerens handlinger og atferd.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 5, 2009, side 450-451

TEKST

Olav Nyttिंगnes

+ **Vis referanser**

Referanser

Harding, C.W. (2005) Changes in Schizophrenia Across Time: Paradoxes, Patterns, and Predictors. I: Davidson L., Harding C. & Spaniol L. (red.) (2005).

Boston, Mass: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.

Topor, A. (2004).

. Stockholm:

Natur och Kultur.