

## Livshistorier og førstegangpsykose – en klinisk metode for systematisk narrativt arbeid:

### Hvordan vurderer pasienten nytten av Kronologisk livsløpsdiagram (KLD) i utredning av førstegangpsykose?

Marit Lindaas, Fagutviklingssykepleier, MCHC, psykiatrisk sykepleier  
Nina Helen Mjøsund, Enhetsleder, cand.san., psykiatrisk sykepleier  
Paul Møller, Forsker/overlege, dr.med., spesialist i psykiatri

Denne artikkel er første gang publisert i *Vård i Norden*, 2/2010. Publ.No. 96 Vol 30 No. 2 PP 8-13.

#### ABSTRACT

**Aim.** To gain knowledge about first-episode psychosis patients' experience with and judgements of a specific narrative method, as part of initial assessment.

**Background.** Subjective illness insight is an important yet underfocused goal for psychosis treatment and should be aided as early as possible, even during assessments. No study, to our knowledge, has explored psychotic patients' experience with specific clinical methods to promote insight.

**Methods.** Psychosis is often associated with difficulties in telling coherent life stories. Chronological Lifespan Chart (CLC) is a means to systematically recreate parts of the patients' subjective life story. Through semi-structured inter-

views, 19 patients were asked to describe and quantify the experienced value of using this narrative tool, with particular reference to recognition, participation and self-understanding. The study has a qualitative, phenomenological, and hermeneutic approach.

**Findings and conclusions.** The patient-therapist cooperative work with CLC gave the majority of the patients a strong sense of being recognized, clearly encouraging the dialogue. They further experienced being active participants during initial assessments, and the felt ownership of their narratives increased. The patients' self-understanding was strengthened by raising the consciousness about own coping strategies and consequences of the illness in daily life.

**KEY WORDS:** Psychosis, schizophrenia, assessment, narrative, patient experiences, qualitative research.

## Introduksjon

Det finnes etter det vi vet ingen studier av hvordan unge mennesker med psykose opplever og vurderer *spesifikke* arbeidsmetoder i klinisk praksis (1), og hvilken innvirkning disse metodene oppleves å ha på deres forståelse av seg selv og lidelsen. Eksisterende forskning på pasienterfaringer i psykisk helsevern gir i hovedsak generell informasjon om virksomme elementer i utredning og behandling (2). Relasjonen mellom pasient og behandler er en betydningsfull faktor ved ethvert behandlingsforløp i psykisk helsevern (3). For mennesker som opplever psykose er i tillegg deres forståelse av seg selv og kunnskap om lidelsen særlig viktig for forløpet, fordi psykose oftest innebærer manglende selvforståelse (4). Fenomenologisk forståelse av schizofreni/psykose innebærer at det typiske ved lidelsen ikke er å finne i et bestemt symptom eller sett av symptomer, men i en underliggende endring i bevissthetsstrukturen, som fører til karakteristiske endringer i måten å oppleve seg selv, andre og verden på. Denne forstyrrelsen rammer mentale prosesser som bl.a. er med på å gi en opplevelse av det selvfølgelige eierskapet til egne erfaringer og forståelsen av opplagte sammenhenger og meninger i tilværelsen (5). Studier av mennesker i tidlig psykotisk fase viser nettopp at de har en svekket

evne til å presentere seg selv (6) og sin livshistorie (7). Denne svekkelsen virker negativt inn på helsefremmende faktorer som muligheten for å forstå sin situasjon, opplevelsen av å kunne håndtere tilværelsen og gi egeninnsats mening (8, 9). Artikkelen omhandler Kronologisk livsløpsdiagram (KLD) og pasienterfaringer ved å bruke dette. KLD er et klinisk verktøy anvendt i systematiske samtaler mellom pasient og primærkontakt (PK) ved utredning av mulig psykoselidelse. Tre tema ble a priori valgt som viktige å undersøke nærmere: anerkjennelse (av egen person, liv og lidelse), delaktighet (i utredning og behandling av livs- og sykehistorie) og selvforståelse (kunnskap om egen lidelse, innsikt i egen psyke). Opplevd *anerkjennelse* er et allment akseptert terapeutisk mål (10, 11) og knyttes til positive behandlingsresultater (12). I vår sammenheng innebærer det at PK (psykiatriske sykepleiere) utviser genuin og aktiv interesse for pasientens erfaringer og liv. Pasientene skal møtes i en subjekt-subjekt relasjon (11, 13) der livshendelser og følelser gyldiggjøres. Gjennom KLD utforskes forståelse av og mening i livshendelser og tilhørende opplevelser. *Delaktighet i* nedtegning og sammenstilling av sin egen historie er også en intuitiv og allment akseptert faktor for utvikling av forståelse, innsikt og menings-

<b>Tabell 1. Sosiodemografiske og kliniske karakteristika</b>	
Informanter	19
Kjønn; menn/kvinner (% menn)	11/8 (58)
Alder, år; <i>gjennomsnitt</i> (SD, spredning)	22 (4, 17–29)
Varighet av opphold, uker; <i>gjennomsnitt</i> (SD, spredning)	26 (10, 5–45)
S-GAF inn; <i>gjennomsnitt</i> (SD, spredning)	33 (9, 18–50)
S-GAF ut; <i>gjennomsnitt</i> (SD, spredning)	42 (6, 32–53)
ICD-10 hoveddiagnoser	
F10-19. Stoffutløst lidelse med psykotiske symptomer	2
F20-29. Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	13
F30-39. Affektiv lidelse med psykotiske symptomer	3
F40-48. Sosial fobi med psykotiske symptomer	1

dannelse (9). Pasientene gjør selv nedtegnelsene i KLD, enten på PC eller på papir. Om nødvendig skaffes også informasjon fra nær familie. Skriveprosessen i KLD er således en semistrukturert narrativ tilnærming hvor den subjektive livs- og sykehistorien gjennom korte fortellinger blir rekonstruert (14). Arbeid med KLD kan gi styrket opplevelse av sammenheng (9, 15), tydeliggjøre subjektiv mening og identifisere stressfaktorer (16), mestringsstrategier (17) og motstandsressurser (9). Dette er sentrale bidrag til *selvforståelse*. Anvendelse av KLD kan dermed bidra til sentrale terapeutiske virkninger (4, 15). Målsettingen for vår studie var å frembringe kunnskap om hvordan pasientene har erfart å bruke Kronologisk livs-

løpsdiagram i utredning av mulig psykoselidelse.

***Følgende tredelte forsknings-spørsmål ble stilt:*** I hvilken grad og hvordan opplever pasienten anerkjennelse, delaktighet og økt selvforståelse gjennom arbeidet med KLD?

## **Materiale og Metode**

### **Design**

Studien er deskriptiv og i hovedsak kvalitativ, med en hermeneutisk metodisk tilnærming. For innhenting av data ble det kvalitative forskningsintervju kombinert med kvantitativ metode.

Diagram 1. Eksempel på utfylt KLD (fiktiv pasient)

## ”Livsløpsdiagrammet”: En kronologisk oversikt over livshendelser og tilhørende opplevelser/reaksjoner

Pasienten; født (år, sted, evt. nummer i rekken)

1988, nr. 4 av fire søsken

Mor (alder, jobb, helse)

52 år, hjelpepleier, god helse

Far (alder, jobb, helse)

53 år, ingeniør, god helse

Søsken (alder, skole/jobb, helse)

Bror, 24 år, student, Søster 27 år, gift, fast arbeid, Søster 29 år, sykepleier, samboer

Psykisk sykdom i slekta

Onkel, (mors eldre bror), depresjon

<b>Viktige fakta og livshendelser</b> Oppvekst, skoler, jobb (fungering), samliv/ ekteskap/skilsmisse ( <i>foreldres og eget</i> ), flytting, barn, evt. ulykker, overgrep osv. (Her føres selve hendelsene)	<b>Når?</b> Mnd/år og alder	<b>Reaksjoner/symptomer/opplevelser ifm. livshendelser og sykdomsutv.</b> Psykiske plager, symptomer, tegn, atferdsendringer, samt psykiatrisk behandling og innleggelse. (Her føres psykiske reaksjoner på ulike hendelser).
Normalt svangerskap, ukomplisert fødsel, Begynte i barnehage.	<b>1988</b>	
Begynte på barneskolen. Fikk en kamerat. Begynte med fotball.	<b>1991</b> <b>3 år</b>	Trivdes ikke, vet ikke hvorfor Var kanskje litt passiv, lekte mest for seg selv. Hørte flere ganger en stemme som sa hans navn, ble ikke redd, trodde alle hørte det
En del alene hjemme etter skolen.	<b>1994</b> <b>6 år</b>	Kjente ingen fra før. Likte godt gym og matte, lærerne var greie.
Flyttet til ny by. Sluttet med fotball.	<b>1998</b> <b>10 år</b>	Var ofte redd, likte ikke å være alene. Spilte musikk for ikke å høre etter lyder i huset.
Begynte på ungdomsskolen, M og G i karakterer. Lite utenfor hjemmet i fritiden. Spiller mye PC spill.	<b>2002-2005</b> <b>13-16 år</b>	Tenkte det var spennende, men dumt å flytte fra vennen, syntes det var trist. Syntes dette var skummelt, kjente ingen, ble ikke kjent med mange, følte seg alene alle tre årene. Tenkte at ingen ønsket å være sammen med han. ”Det var greit å være så mye alene, klarte meg fint alene.”
Begynte på videregående skole.	<b>2005</b> <b>16 år</b>	Lite motivert, veldig tungt. Har problemer med å konsentrere seg i timene. Begynner å høre en stemme, som sier at han ikke er som de andre, men noe mer. Liker stemmen, føler seg mindre alene.
Stort fravær fra skolen, sosiallærer tar kontakt, innkaller han og foreldre til møte. Time hos fastlegen	<b>2006</b> <b>17 år</b>	Orker ikke gå på skolen. ”Jeg så ikke mening i å være i noe jeg ikke tilhørte”  Henvist BUPA, poliklinisk oppfølging
Forsøker suicid med overdose paracet.	<b>2007</b> <b>18 år</b>	Innlagt Psyk. avd. Er usikker på hva som er reelt eller ikke. Hører stemmer, alt er kaos.

## Setting

Studien ble gjennomført ved en utredningsenhet for unge med nyoppdaget eller mistenkt schizofreni/psykose ved Sykehuset Buskerud (18, 19). Enheten har et systematisk og integrert utredningsprogram med et gjennomgående fokus på den subjektive dimensjon ved schizofreni (19, 20). Programmets vitenskapelige plattform bygger på fenomenologisk psykiatrisk forskning på karakteristiske opplevelsesendringer ved schizofreni, særlig i prodromalfasen (21). Tre kliniske verktøy/virkemidler er sentrale: Diagnostisk arbeidsdiagram (DAD) (18), KLD, og en systematisert fenomenologisk orientert grunnholdning blant fagpersonalet. Forskningsprosjektet «Opplevd kvalitet

ved psykoseutredning» ble iverksatt for å dokumentere pasientenes opplevde nytte av disse. Denne artikkelen omhandler kun Kronologisk livsløpsdiagram (KLD).

## Inklusjon og eksklusjon

Inklusjonskriterier var: innlagt i enheten minst tre uker, alder 16 – 30 år, benyttet og fullført alle relevante utredningsverktøy. Eksklusjonskriterier var: psykisk utviklingshemming, kjent hjerneskade eller nevrologisk sykdom, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Gjennom halvannet år (2007–2008) ble 30 pasienter innlagt, og av disse ble 19 pasienter (17–29 år) fortløpende inkludert, de fleste tilhørende det brede schizofrenispektrum (F20–29)(22). De som ikke fikk en psy-

Tabell 2. Opplevd anerkjennelse

ANERKJENNELSE	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Synes du arbeidet med livsløpsdiagrammet gjorde at du kunne fortelle om viktige hendelser i livet ditt, og om hvordan du reagerte på dem?	0	1	3	9	6
<b>Undertema: Bli lyttet til, sett og forstått</b>					
Jeg ble møtt på en profesjonell måte, PK kjente igjen problematikken, forståelsen fra PK var god. Jeg ble virkelig tatt på alvor (15)					
PK virket veldig interessert og engasjert. Jeg fikk ingen reaksjoner på at det jeg sa var rart eller annerledes. Jeg ble akseptert for det jeg sa (19)					
<b>Få hjelp til å fortelle</b>					
Jeg visste ikke hvor jeg skulle begynne å fortelle, men da hjalp PK meg, PK spurte og jeg svarte (13)					
PK kunne spørre; hvordan var det for deg? Hadde hun bare sittet der hadde det ikke vært så lett å snakke. Det ble veldig lett å fortelle om det, når jeg kom i gang så kom alt (19)					

Merk: PK = primærkontakt (psykiatriske sykepleiere). Tall i parentes er pasientens ID.

koselidelse som hoveddiagnose hadde alle betydelige psykosesymp-tomer som en del av lidelsen (F10, F30 og F40) (se tabell 1). Elleve pasienter ble ekskludert, fem pasienter var innlagt for kort, tre samtykket ikke, en hadde utviklingsforstyrrelse, en var innlagt for justering av medikasjon og en benyttet ikke KLD. De inkluderte fikk muntlig og skriftlig informasjon og samtykket skriftlig til deltakelse. Samtlige hadde samtykkekompetanse. Forskningsintervjuene ble gjennomført

siste uke før utskrivning.

### Instrumenter

Følgende standard måleinstrumenter ble brukt i hovedprosjektet: Splittet versjon av Global Assessment of Functioning (S-GAF) (23), Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)(24) og Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (25). Kun S<sup>8</sup>GAF-verdiene (= den laveste av GAF-s og GAF-f) presenteres i denne artikkelen, for å demonstrere psykotisk alvorlighets-

Tabell 3. Opplevd delaktighet

DELAKTIGHET	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Synes du arbeidet med livsløpsdiagrammet gjorde at du kunne være aktivt med på å skape en bedre oversikt enn før, over livet ditt og situasjonen din?	1	0	2	12	4
<b>Undertema: Krevende arbeid</b>					
Det har hjulpet meg mye, det var tøft å grave i fortiden, så ikke meningen først, nå som jeg er bedre ser jeg mening i det (6).					
I begynnelsen var det ganske tøft, å snakke om ting som jeg tidligere ikke hadde nevnt. Det var etter hvert deilig å snakke om både positive og negative hendelser (14)					
Det var litt vanskelig, det var som jeg opplevde ting om igjen (18)					
<b>Medbestemmelse over innhold, retning og tempo</b>					
Jeg kunne velge hva som skulle stå der (15)					
Det var jeg som kom med det som skulle med, fikk lese det etter hver samtale, spurte mor om ting jeg ikke husket (19)					
<b>Fremme eierskap til egen livshistorie</b>					
Det var meg og mine ord som ble skrevet inn, jeg fikk sett gjennom hele livet mitt ganske nøyaktig (15)					
Jeg leste igjennom det helt til slutt og kunne si at det var bra, det var min historie (16)					
Jeg leser nedover og det er livet mitt (19)					
<b>Hjelpe seg selv ved å fortelle</b>					
Det kan også gjøre det enklere for andre, å lese og få vite om livet mitt, så slipper jeg å si det om igjen (13)					
Jeg måtte hjelpe meg selv ved å fortelle, arbeidet vil også hjelpe med å finne en diagnose, det har gjort det lettere for behandler å hjelpe meg (17)					

grad i pasientmaterialet og gjennomsnittlig bedring til ikke-psykotisk nivå i løpet av oppholdet.

### **Kronologisk livsløpsdiagram**

*Utvikling.* KLD er utformet av PM, og anvendt ved denne utrednings-enheten siden 2002. Det er et elektronisk skjema for systematisering og dokumentasjon av pasientenes *subjektive livs – og sykehistorie*. Liknende skjema finnes i ulike versjoner innen psykisk helsearbeid, «livslinje» (26) og «telefonpælen» (27). Det vanlige er å benytte disse kun som behandlers egen dokumentasjon av objektive opplysninger. Vi har tilrettelagt skjemaet for vår enhet og vektlegger det subjektive perspektiv særlig sterkt, samt at det skal være et åpent og dynamisk samarbeidsverktøy, som kan hjelpe pasienten til å få et tydelig og aktivt forhold til egen livs- og sykehistorie. Vi har ikke funnet studier som viser til pasienterfaringer med anvendelse av lignende verktøy.

*Bruk.* KLD danner en fysisk (papir) og relasjonell (samtaler) ramme for ukentlige avtaler mellom pasient og primærkontakt hvor sentrale livshendelser og reaksjoner knyttet til disse nedtegnes, drøftes og bearbejdes. Arbeidet påbegynnes tidlig i oppholdet og fortsetter ukentlig frem mot utskriving. Ved utskriving får alle pasienter med seg det klar-

gjorte livsløpsdiagrammet (se diagram 1) i en perm med sentrale dokumentasjoner fra oppholdet (personlig «epikrise»).

### **Datainnsamling**

Det kvalitative forskningsintervju (28) ble benyttet. PM utformet et semistrukturert intervju-skjema som besto av ett generelt, innledende, åpent spørsmål og deretter fem mer spesifikke spørsmål rettet mot tre hovedtemaer: opplevd anerkjennelse, opplevd delaktighet i utredningen og tre spørsmål rettet mot selvforståelse (kunnskap om egen lidelse, innsikt i egen psyke). Etter hvert av de fem spesifikke spørsmålene ble pasientene bedt om også å gradere nytten av KLD på en femdelt skala: (0 = ikke i det hele tatt, 5 = i svært stor grad). Ved å kombinere kvalitative beskrivelser med tallmessig gradering åpnet vi for en noe bredere utfyllende vurdering av fenomenene (29). Bruken av begge typer respons var ment å ivareta den betydelige begrensning og variasjon i verbal uttrykksevne hos denne pasientgruppen (17, 30). Vi brukte ikke båndopptaker, pasientenes uttalelser ble nøyaktig notert av intervjuer (ML) og etter intervjuene gjennomgått og sjekket sammen med pasienten. Intervjuene varte i gjennomsnitt 20 min, de renskrevne notatene utgjorde 20 A4 sider.

Tabell 4. Økt selvforståelse (1)					
SELVFORSTÅELSE	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Synes du arbeidet med livsløpsdiagrammet gjorde at du kunne forstå litt mer om sammenhengen mellom ting som har hendt deg og din reaksjon på hendelsene?	0	3	4	10	2
<b>Undertema: Få oversikt og sammenheng</b>					
Jeg husker ikke så mye tilbake i livet, hva jeg følte eller tenkte (2)					
Jeg fikk tenke over reaksjonene mine, det har gjort det lettere å se sammenhengen mellom reaksjoner og hendelser. Det har gitt meg oversikt og i noen grad ryddet opp (11)					
Jeg forstår hvorfor jeg reagerer slik jeg gjør i situasjoner jeg har opplevd før (14)					
Det har kanskje hjulpet meg å danne bilder i hukommelsen. Når jeg tenker tilbake er det flere hendelser jeg har kommet på (16)					
<b>Få positiv distanse til livshistorien</b>					
Det ble som å se seg selv gjennom et annet perspektiv, som gjorde det lettere (13)					
Jeg har fått skrevet det ned og ser det der svart på hvitt. På grunn av arbeidet med diagrammet har jeg fått en distanse til det vanskelige i livet mitt (14)					
Når jeg leser det etterpå kan jeg se hva som skjedde og forstå mer (19)					

### Etiske overveielser

Forskningsprosjektet er godkjent av REK, og ble tilrådd av NSD. Intervjueren (ML) var ansatt ved enheten, men uten pasientansvar. Hun informerte pasientene om prosjektet, forespurte om deltakelse og foretok alle intervjuene. Det gjensidige kjennskap mellom pasienter og intervjuer bidro til trygghet under intervjuene. Det ble dermed vurdert som etisk forsvarlig at ML gjennomførte intervjuene.

### Analyse

Hensikten med analysen var å beskrive, fortolke og forstå pasientenes svar og å søke variasjonsbredde og dybde. Etter intervjuene ble de

nedskevne notatene gjennomlest flere ganger og sammenliknet for å finne fellestrekk, mønstre og variasjon. Hovedtemaene ble fokusert samtidig som vi var åpne for nye tema. Tekstene for hvert spørsmål ble systematisk kondensert (28), ved kvalitativ innholdsanalyse (31). Meningsbærende enheter ble identifisert, og dannet grunnlag for etablering av undertema (tabell 2–5), støttet av typiske utsagn. Undertemaene ble til slutt sett i relasjon til de tre forhåndsbestemte hovedtemaene. I analysen har vi konsentrert oss om det manifeste nivå, det pasientene faktisk sa. Pasientenes beskrivelser ble videre drøftet i relasjon til vår problemstilling og rele-

Tabell 5. Økt selvforståelse (2)					
SELVFORSTÅELSE	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Synes du arbeidet med livsløpsdiagrammet gjorde at du kunne forstå litt mer om din totale livssituasjon og hva du må ta hensyn til?	2	1	7	6	3
<b>Undertema: Erkjennelse av alvorlig psykisk lidelse</b>					
Jeg skjønnte mer hvorfor ting var blitt som de var blitt, kom på ting som kunne være årsak til psykosen min (6)					
Det har gitt meg mer innsikt i meg og min sykdom, jeg identifiserte meg med sykdommen tidligere, kan nå sette et skille mellom den jeg er som person og sykdommen min (14)					
Jeg har fortalt om livet mitt så mange ganger før slik at jeg visste mye, forstår at jeg har hatt store psykoseproblemer gjennom hele livet (15).					

vant teori.

### Validitet

Det tekstmessige resultatet i tabellene er direkte forankret i det empiriske materialet (28). Under intervjuene forsøkte intervjueren gjennom kontrollspørsmål å sikre at hun hadde oppfattet pasienten riktig (dialogisk validering). Pasienten leste i tillegg intervjuerens notater umiddelbart etter intervjuet med mulighet til retting og tilføyelser (tekstbasert validering). Under analysearbeidet var det fortløpende drøfting mellom forfatterne vedrørende berettigelsen av undertema og hovedtema.

### Resultater

Vi stilte fem spesifikke spørsmål for å belyse tre forhåndsutvalgte hovedtema rundt opplevd nytte av KLD. Funnene presenteres med graderinger og utvalgte illustreren-

de sitater (sortert etter undertema) i felles tabeller. Dette gir mulighet til å sammenholde betegnelse på hovedtema og undertema, samt kvalitative og kvantitative responser. Sitater ble utvalgt etter konsensus blant forfatterne, etter relevans for hovedtemaet og for å vise variasjon i opplevelsene. Komplette sitatoversikt er tilgjengelig hos forfatterne.

### Anerkjennelse

Spørsmål 1 skulle belyse anerkjennelse ved at pasientene under utredningen *opplevde* å komme tilstrekkelig til orde med en sammenhengende fortelling om seg selv og sitt liv, og at PK utviste genuin og aktiv interesse for dem. Femten av de 19 opplevde dette i stor eller svært stor grad, tre i noen grad (tabell 2). Pasientene opplevde at PK hadde relevant kunnskap, at samarbeidet rundt KLD var preget av å bli tatt på alvor, bli sett, lyttet

til og forstått. Pasientene fikk hjelp til å sette ord på opplevelser, det ble lettere å åpne seg og fortelle.

### Delaktighet

Spørsmål 2 skulle belyse delaktighet ved at pasientene *opplevde* å være aktive og reelt medvirkende leverandører av eget materiale til utredningen, at de selv kunne gjøre nedtegnelser i KLD og drøfte disse med PK. Seksten av de 19 opplevde dette i stor eller svært stor grad, to i noen grad (tabell 3). Pasientene beskrev at arbeidet kunne være krevende. Flertallet opplevde å ha innflytelse på arbeidet, samarbeidet omkring diagrammet økte eierskapet, og det ble en mulighet til aktivt å hjelpe seg selv.

### Selvforståelse

Spørsmålene 3–5 skulle belyse selvforståelse. Spørsmål 3 fokuserte på økt forståelse av sammenhengen

mellom livshendelser og reaksjoner. Tolv av de 19 bekreftet dette i stor eller svært stor grad, fire i noen grad (tabell 4). De opplevde å bli gjort oppmerksom på mulige sammenhenger i livet og få vekket minner. Å lese om livshendelser og se dem fysisk nedtegnet på papiret opplevdes positivt, det gjorde også at de gradvis husket mer og kunne skrive mer.

Spørsmål 4 fokuserte på økt forståelse av livssituasjonen generelt og hensynstaken til den. Ni av 19 bekreftet dette i stor eller svært stor grad, sju i noen grad (tabell 5). Nedtegnelsen av begynnende erkjennelse av at de hadde slitt med psykose og angst i lang tid og nå måtte ta hensyn til dette videre. Enkelte beskrev at de kunne skille bedre mellom seg selv og sykdommen. Noen få hadde gått i terapi tidligere og opplevde dermed at arbeidet med KLD i liten (N=1) eller

Tabell 6. Økt selvforståelse (3)					
SELVFORSTÅELSE	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Synes du arbeidet med livsløpsdiagrammet gjorde at du alt i alt kunne forstå deg og sykdommen bedre enn før?	1	3	5	7	3
<b>Undertema: Styrket og bedre kjent med seg selv</b>					
Det var til hjelp, men jeg ville gjerne forstått mer (3)					
Jeg føler meg styrket og har nå mer kontroll over hva jeg skal fylle livet mitt med (14)					
Jeg vet at ulike situasjoner utløser stress, vet mer hva jeg skal gjøre for å unngå dette og få det bedre (15)					
Det å finne ut diagnosen og sykdommen har gjort meg mer moden (17)					
Arbeidet vekket nysgjerrigheten min. Jeg ble mer kjent med meg selv (19)					

ingen grad (N=2) påvirket slik erkjennelse nå.

Spørsmål 5 fokuserte på økt forståelse av seg selv og sykdommen tatt sett. Ti av de 19 bekreftet dette i stor eller svært stor grad, fem i noen grad (tabell 6). Flere ble nysgjerrig på seg selv. Arbeidet med diagrammet bevisstgjorde sårbarhet for stressutløsende situasjoner og hvordan unngå eller minske den. Arbeidsformen bidro til styrket opplevelse av kontroll og økt bevissthet på hva de kunne gjøre for seg selv etter utskrivning.

### **Diskusjon**

Studiens hensikt var å skaffe systematisk kunnskap om pasienterfaringer ved bruk av KLD som ramme for samtaler om livshistorien. Kunnskapen skal bidra til å utvikle og forbedre praksis og tjenestetilbudet til unge med psykoseutvikling. Utvalget er ikke representativt for mennesker med debuterende psykose, men er antakelig typisk for en gruppe som trenger og ønsker døgnutredning i tidlig fase av mistenkt psykoselidelse.

### **Metode**

Kombinasjonen av åpne spørsmål og kvantitativ gradering kan ha bidratt til at data ikke ble av den bredden og variasjon som et rent kvalitativt design søker. Samtidig var det viktig å gjøre det lettere for min-

dre verbale pasienter å formidle sin vurdering. Fordi intervjueren var ansatt ved utredningsenheten kunne en utfordring oppstå i forhold til å oppnå analytisk distanse (28). Når forskeren har god kompetanse på sitt forskningsfelt ligger det også en viss fare i at svar kan «tas for gitt» uten at det stilles klargjørende spørsmål. Intervjueren søkte derfor å stille oppfølgingsspørsmål som «har jeg forstått deg rett når du sier». Det kan imidlertid også være en vesentlig fordel å ha kjennskap til og kunnskap om temaet, ved å fokusere mer presist på de fenomener som ønskes utforsket, og bidra til at disse etterspørres mer effektivt (28). Intervjuene ble ikke tatt opp på bånd. Manuelle notater ble vurdert som tilstrekkelig ut fra det begrensede omfang, og som hensiktsmessig ut fra hensynet til pasientenes relativt nyoppståtte psykotiske lidelse med tilhørende utrygghet.

### **Opplevd anerkjennelse**

Vi ville undersøke anerkjennelsens mulige rolle ved utredning av psykose fordi denne lidelsen ofte oppfattes som *uforståelig* og av den grunn er vanskelig å anerkjenne på en autentisk måte. Utredningsenheten arbeider etter en psykoseforståelse der de tilsynelatende uforståelige symptomer kan gis en begynnende forståelse ved å benytte en subjektivitetsmodell (20). Psykosefeno-

mener tas imot «slik de viser seg» og bearbeides (18). Anerkjennelse forutsetter at pasienten kan formidle sin livshistorie og at terapeuten kan ta den imot med forståelse, aksept og toleranse. Begge delprosesser er utfordrende ved schizofreni/psykose, men våre funn (tabell 2) illustrerer i tall og tekst at slike prosesser ble understøttet av KLD. Alle pasientene fikk hjelp til å fortelle - de fleste i stor grad - og de opplevde seg lyttet til og forstått. En slik narrativ tilnærming til pasienter i schizofrenispektrumet er særlig nyttig på grunn av deres vansker med å verbalisere sine opplevelser (6). Slike vansker virker dessuten negativt inn på forholdet til andre (jeg-du perspektivet) (30). Den intersubjektive deling blir vanskelig, og evnen til å dele erfaringer og opplevelser gjennom livshistorien svekkes (7). Den holdningen som pasientene fornemmet hos PK, samsvarer med innholdet i et praktisk anerkjennende nivå (11). Ved å utvise aksept og toleranse i dialog og samhandling viser erfaring at det utvikles en terapeutisk relasjon (11, 32). PK hadde spesifikk kunnskap om lidelsen og formidlet dermed en troverdig for-

ståelse, en sentral virksam faktor i behandling (32, 33). I samtaler med pasienter med selvforstyrrelser kan deres første- og andrepersonsperspektiv styrkes gjennom terapeuten sine genuine interesse, *terapeutisk undring* (34, 35), slik understøttes evnen til intersubjektiv deling (32). Våre funn bekrefter at å fremme subjekt-subjekt relasjonen gjennom anerkjennelse understøtter evnen til dialog og ny selvforståelse (30).

### Opplevd delaktighet i egen utredning

Mennesker med psykose har ofte traumeerfaringer som har gitt grunnbunn for emosjonelle problemer i ungdom og tidlig voksen alder (36). Enkelte pasienter fortalte om slik bakgrunn og opplevde det som krevende innledningsvis å skulle forholde seg aktivt til sin fortid. Arbeidet opplevdes imidlertid økende positivt og meningsfylt når hensikten ble tydeligere og de erfarte bedring (tabell 3). Enhetens program skal fremme pasientenes delaktighet ved at deres subjektive livshistorier anerkjennes tydelig som gyldig kunnskapskilde i utredning og diagnostikk. Det narrative perspektiv

Tabell 7. Alle fem spørsmål summert

Opplevd nytte av KLD	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Antall skårer gitt av antall mulige, <i>ratio (prosent)</i>	4/95 (4 %)	8/95 (8 %)	21/95 (22%)	44/95 (46%)	18/95 (19%)

tilsier ansvarliggjøring av pasienten som forteller og som tydelig aktør i eget liv (14, 37). Våre funn tyder på at den medvirkning pasientene beskrev, å formulere og skrive innholdet i KLD, bestemme hyppighet og varighet på samtale osv., bidro til en opplevelse av medansvar og innflytelse. Den aktive rollen styrket også opplevd eierskap til både terapiprosess og livshistorie. Forskning på psykoterapi bekrefter dette funnet, den viser at pasienter som engasjeres aktivt i egen behandling styrker sine muligheter for å mestre eget liv og lykkes i behandlingen (3).

#### **Pasientenes opplevelse av økt selvforståelse**

Mennesker med psykose vil ha en tendens til å tolke og forstå livshendelser også ut fra sine symptomer. Dette gir vansker med å ordne hendelser i sammenhengende fortellinger. En mangel på indre sammenheng i historiene kan svekke ens identitet og man kan bli overlatt til en ustrukturert eller kaotisk nåtid (8). Å dele og rekonstruere fortellinger kan gi dem ytre og indre sammenheng i tid og kontekst (8, 38). Et flertall av pasientene (Tabell 4) beskrev at de fikk bedre oversikt over livshendelser og tilhørende følelsesmessige reaksjoner og at de etter hvert husket mer fra sine liv. Forskning viser at kognitiv svikt er

utbredt ved psykose, dette innebærer blant annet svikt i hukommelsen (39). Våre funn viser at arbeidet med KLD kan være understøttende for hukommelsen. Et utfylt KLD konkretiserer livshistorien og dermed sykehistorien, skaper fysisk og mental avstand til den, og gjør den lettere å bearbeide og forholde seg til. Enkelte pasienter opplevde et tydeligere skille mellom seg selv og sykdommen. En slik terapeutisk eksternalisering er viktig for mestring og kan bidra til et større handlingsrom i bedringsprosesser (14). Arbeidet med å beskrive og reflektere over sitt livsløp ledet for noen pasienter til en klarere erkjennelse av å ha en alvorlig psykisk lidelse, som igjen er en forutsetning for innsikt (40). Personer med prepsykose og psykose uttrykker ofte opplevelse av å være uvirkelig, fremmed, ha mistet seg selv og at ingenting gir mening (21). Gjennom en tydelig deling av slike opplevelser kan man gjøre selvforståelsen tydeligere. Forskning underbygger dette og viser at systematisk arbeid med livshistorien ved schizofreni styrker identiteten (15). Arbeidsprosessen med KLD bidro også til integrering av *gode* hendelser, historier om mestring, og slik et mer helt og nyansert bilde av livshistorien (9, 41). Arbeidsformen identifiserte og bevisstgjorde dessuten stressutløsende faktorer og motstandsressur-

ser (9, 16). Denne selvinnsikten ga flere av pasientene en opplevelse av å være styrket og bedre rustet overfor kommende utfordringer (tabell 6). Våre funn underbygger studier som viser at rekonstruksjon av livshistorien ved psykoselidelser fremmer bedring ved å gi økt forståelse av sammenheng og mening (37). Historien om livet og lidelsen kan slik bli en mer positiv veiviser for fremtiden.

### **Konklusjon**

Studien viser at pasientenes opplevelse av anerkjennelse under rekonstruksjon av livshistorien fremmet intersubjektiv deling i samtalene. Systematisk narrativt arbeid ved hjelp av KLD understøttet pasientenes delaktighet i utredningen og styrket deres eierskap til livshistorien. Pasientenes selvforståelse økte gjennom en opplevelse av sammenheng i tid og kontekst, og en hjelp til erkjennelse av lidelsen. Økt kjennskap til egen sårbarhet, mestring og muligheter ga for noen av pasientene en opplevelse av å være styrket.

Takk til pasientene som delte sin kunnskap og erfaring og takk til medarbeidere som gjorde studien mulig.

Godkjent for publisering 7.05.2010

Korrespondanse til:  
Marit Lindaas  
Fagutviklingssykepleier  
Utredningsenhet for unge  
Klinikk for psykisk helse og rus  
Vestre Viken HF  
Postboks 135  
3401 Lier  
E-post:  
[marit.lindaas@vestreviken.no](mailto:marit.lindaas@vestreviken.no)



### **Referanser**

1. Friis S. Forskningsstrategier ved begynnende schizofreni In: Jørgensen P, Larsen TK, Rosenbaum B, editors. Tidlig indsats ved Skizofreni: Utvikling og behandling. Copenhagen: FADL's Forlag Aktieselskab; 2000. p. 105 – 18.
2. Hodgetts A, Wright J. Research Client's Experiences: A Review of Qualitative Studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2007;14:157–63.
3. Miller SD, Duncan BL, Hubble MA. Beyond Integration: The Triumph of Outcome Over Process in Clinical Practice. *Psychotherapy in Australia*. 2004;10:2–19.
4. Amador X, David A. Insight and psychosis Awareness of illness in schizophrenia and related disorders. Oxford: Oxford university press; 2004.

5. Parnas J, Bovet P, Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. *Worlds Psychiatry*. 2002;1:131 – 6.
6. Møller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophrenia Bulletin*. 2000;26:217–32.
7. Lysaker PH, Wickett AM, Wilke N, Lysaker J. Narrative Incoherence in Schizophrenia: The Absent Agent – Protagonist and the Collapse of the Internal Dialogue. *American Journal of Psychotherapy*. 2003;57(2):153–66.
8. Holma J, Aaltonen J. Narrative Understanding in Acute Psychosis. *Contemporary Family Therapy*. 1998;20(3):253 – 63.
9. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health*. San Fransisco: Jossey-Bass Inc. Publishers; 1987.
10. Kohut H. *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press; 1977.
11. Schibbye A-LL. Anerkjennelse: en terapeutisk intervensjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 1996;33:530–7.
12. Farber BA, Lane JS. *Positive regard. I: J. C. Norcross, Psychotherapy Relationships that Work*. New York: Oxford University Press; 2002.
13. Stern DN. *The Interpersonal World of the Human Infant*. New York: Basic Books; 1985.
14. Epston D, White M. *Narrative Means to Therapeutic Ends: W. W. Nortto & Co Inc*; 1990.
15. Lysaker P, Buck K. Moving toward recovery within client's personal narratives: directions for recovery – focused therapy. *Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2006;44(1):28–35.
16. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 1977;18:103–26.
17. Cullberg J. *Psykoser humanistisk og biologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget; 2000.
18. Møller P. Schizofreni og selvet – eksistensielle perspektiver på forståelse og utredning. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*. 2005;125(8):1022–5.
19. Falch-Pedersen T. Buskerud modellen for psykoseutredning: selvpoplelse og selvforståelse i sentrum. *Medisinsk informasjon*. 2007;3:20–5.
20. Møller P. Psykosens anatomi: skisse til subjektivitetsmodell. *Impuls*. 2008;2:12 – 23.
21. Møller P. The phenomenology of the initial prodrome and untreated psychosis in first – episode schizophrenia: An exploratory naturalistic case study. Oslo: Diakonhjemmets sykehus og Ullevål universitetssykehus, Universitetet i Oslo; 2000.
22. WHO. *ICD – 10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. 5 ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003.
23. Karterud S, Pedersen G, Løvdahl H, Friis S. *Assessment of Functioning-- Split version (S-GAF): Background and scoring manual*. Oslo: Department of Psychiatry, Ullevaal University Hospital; 1998.
24. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SBG, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry*. 1998;172:11 – 8.
25. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987;13(2):261 – 76.
26. Harding CM. *Probes for lifelines*. Colorado: University of Colorado School of Medicine; 2001.
27. Hansen JE, Rønnev E, Thorgaard L. *Relationsbehandling i psykiatrien, bind*

- V, Håndbok for relationsbehandlere. Stavanger: Hertervig Forlag; 2006.
28. Kvale S, Brinkmann S. Interviews Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing. Los Angeles: SAGE Publications, Inc; 2009.
  29. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Principles and Methods. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
  30. Stanghellini G. The Grammar of the Psychiatric Interview – A Plea for the Second – Person Mode of Understanding. *Psychopathology*. 2007;40:69–74.
  31. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24:105–12.
  32. Vatne S. Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal norsk forlag; 2006.
  33. Johansson H, Eklund M. Patient's opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scand J Caring Sci*. 2003;17:339 – 46.
  34. Stanghellini G, Lysaker PH. The Psychotherapy of Schizophrenia through the Lens of Phenomenology: Intersubjectivity and the search for the Recovery of First – and Second – Person Awareness. *American Journal of Psychotherapy*. 2007;61(2):163 – 79.
  35. Schibbye A-LL. Forståelsen av psykiske forstyrrelser og psykoterapi: et dialektisk perspektiv. I: Veier til forandring virksomme faktorer i psykoterapi. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag as; 1999.
  36. Read J, Os Jv, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 2005;112:330 – 50.
  37. Roe D, Davidson L. Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story. *J Med Ethics; Medical Humanities*. 2005;31:89–94.
  38. Stanghellini G. Disembodied bodies and deanimated spirits. *The psychopathology of common sense*. London: Oxford University Press; 2004.
  39. Ueland T. Kognitiv funksjon og rehabilitering ved schizofreni. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2008;9:1164 – 8.
  40. Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. *A Systematic Review*. *Schizophrenia Bulletin*, Published online February 8. 2007.
  41. Axelsen E. Symptomer som ressurs: Psykiske problemer og psykoterapi. Oslo: Pax Forlag AS; 1997.