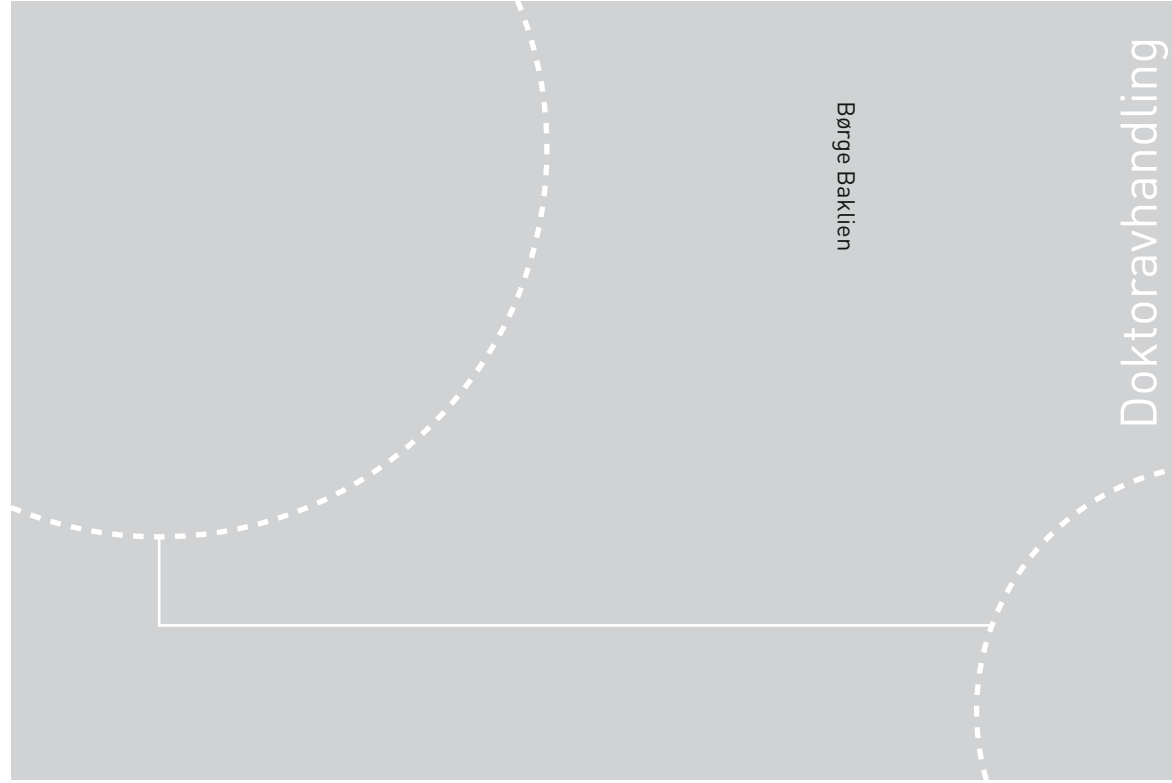


ISBN 978-82-326-1406-6 (trykt utg.)  
ISBN 978-82-326-1407-3 (elektr. utg.)  
ISSN 1503-8181



Doktoravhandling ved NTNU, 2016:33

Børge Baklien

# Positiv psykisk helse og mellommenneskelige relasjoner

Doktoravhandling ved NTNU, 2016:33

**NTNU**  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Avhandling for graden  
philosophiae doctor  
Fakultet for samfunnsvitenskap  
og teknologiledelse  
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

 **NTNU**  
Kunnskap for en bedre verden

 NTNU

 **NTNU**  
Kunnskap for en bedre verden

Børge Baklien

# Positiv psykisk helse og mellommenneskelige relasjoner

Avhandling for graden philosophiae doctor

Trondheim, februar 2016

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap



Kunnskap for en bedre verden

**NTNU**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Avhandling for graden philosophiae doctor

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

© Børge Baklien

ISBN 978-82-326-1406-6 (trykt utg.)  
ISBN 978-82-326-1407-3 (elektr. utg.)  
ISSN 1503-8181

Doktoravhandlinger ved NTNU, 2016:33

Trykket av NTNU Grafisk senter

## Publikasjoner som inngår i avhandlingen

Denne avhandlingen er basert på følgende fem artikler:

- I. Baklien, B. & Bongaardt, R. (2014). J. H. van den Berg (1914-2012) – Menneskets foranderlige essens. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 339-347.
- II. Baklien, B., Ytterhus, B. & Bongaardt, R. (2015). When everyday life becomes a storm in the horizon: Families' experiences of good mental health while hiking in nature. *Anthropology & Medicine*, DOI:10.1080/13648470.2015.1056056
- III. Baklien, B., Røseth, I. & Bongaardt, R. (2015). Hiking leisure: Generating a different existence within everyday life. Submitted to *Leisure Sciences: An Interdisciplinary Journal*.
- IV. Baklien, B. & Bongaardt, R. (2012). Harry Stack Sullivan (1892-1949) – En postmoderne psykiater avant la lettre. *Michael*, 9(2), 246-253.
- V. Baklien, B. & Bongaardt, R. (2014). The quest for choice and the need for relational care in mental health work. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 625-632.



## Sammendrag

I visjonen om det helsefremmende samfunnet utvides helsebegrepet til å omfatte stadig mer av menneskers hverdagsliv og aktiviteter som ikke er relatert til sykdom eller psykisk lidelse. Når helsebegrepet inkluderer det som ligger utenfor helsefeltet, så blir det viktig å undersøke hvordan stadig flere aspekter av menneskers erfaringer oversettes til helse og inkluderes i psykisk helsearbeid. For å tydeliggjøre forskjellen på hvordan psykisk helse erfarer i hverdagslivet og hvordan psykisk helse forstås i teorier i psykisk helsearbeid, skilles det i avhandlingen mellom førstepersonsperspektivet på psykisk helse slik det erfarer i en ”nedenfra og opp” tilnærming og tredjepersonsperspektivet slik psykisk helse forstås i en ”ovenfra og ned” tilnærming.

Hensikten med avhandlingen er å bidra med kunnskap om hvordan god psykisk helse erfarer i hverdagsrelaterte situasjoner og hvordan erfaringer gir form til kunnskapsgrunnlaget om psykisk helse i psykisk helsearbeid. En todelt problemstilling ble utformet: Hvordan er psykisk helse levd, erfart og kommunisert i hverdagen? Hvordan informerer erfaringskunnskap den teoretiske forståelsen av psykisk helse? For å svare på problemstillingene er avhandlingen bygd opp som to delstudier der den første delstudien er forankret i fenomenologi og den andre delstudien er forankret i interpersonell teori.

Avhandlingen viser hvordan psykisk helse bringes frem i to forskjellige relasjonelle nettverk: I førstepersonsperspektivet i et nettverk av relasjoner som er forankret i hverdagslivet der psykisk helse erfarer, skapes og kommuniseres som en form for velvære. I tredjepersonsperspektivet i et nettverk av relasjoner som er forankret i vitenskap slik det praktiseres av eksperter innenfor psykisk helsearbeid. De to nettverkene er ikke gjensidig utelukkende, men de kan bringe frem psykisk helse på forskjellige måter. Jeg argumenterer i avhandlingen for at psykisk helse er et mangefasettert fenomen og at singularisering av fenomenet innenfor ett nettverk er til hinder for positiv utvikling av psykisk helsearbeid.

## English summary

In a society with an increased focus on health promotion, an expanded concept of health is gradually including more of people's everyday lives and activities that are unrelated to illness or mental disorder. When the concept of health includes what is outside the health field, it becomes important to examine how more and more aspects of human experience are translated into health and included in mental health work. To clarify the difference between how mental health is experienced in everyday life and the theoretical understanding prevalent in mental health care, a distinction is made between a first person perspective on mental health as experienced in a "bottom up" approach and a third person perspective on mental health as understood in a "top down" approach.

The purpose of this thesis is to contribute knowledge about how good mental health is experienced in everyday situations and how such experiences give form to the knowledge base on mental health in mental health work. A twofold question was formulated: How is mental health lived, learned and communicated in everyday life? How do experiential learning inform the theoretical understanding of mental health? To answer the research questions, the thesis is structured as two sub-studies. The first sub-study is grounded in phenomenology, while the second sub-study is grounded in interpersonal theory.

The thesis shows how mental health is revealed in two different relational networks: In a first person perspective as a network of relationships grounded in families' everyday lives, where mental health is experienced, created and communicated as a form of wellbeing, and in a third person perspective in a network of relationships grounded in science as practised by experts in mental health care. The two networks are not mutually exclusive, but they can impart mental health in different ways. I argue in this thesis that mental health is a multifaceted phenomenon and that a singularisation of the phenomenon within one network hinders positive developments in mental health care.

# Takk

I arbeidet med denne avhandlingen har jeg beveget meg inn i ukjente terreng og møtt mange mennesker som har hjulpet meg til å se verden litt annerledes. En spesiell stor takk til Rob Bongaardt som har vært min hovedveileder. Han har tålmodig bistått og forsiktig beveget meg trinn for trinn ut av fastlåste tanker og inn i nye universer av måter å betrakte verden på. Stor takk også til min biveileder Borgunn Ytterhus som har lest, oppmuntret og bistått meg i å forstå hvordan en strukturer lett forvirrede tanker i en avhandling.

Takk til mine tidligere kollegaer på høgskolen i Telemark. En spesiell takk til Gro Frøyen, Lars Bauger, Olav Tangvald-Pedersen og Ragnhild Riis som har lært meg om psykisk helsearbeid og støttet meg gjennom arbeidet med avhandlingen. En stor takk til biblioteket på høgskolen i Porsgrunn for godt samarbeid. Takk til mine medstipendiater på høgskolen i Telemark og takk til Idun Røseth for innføring i Giorgis metode. Takk også til Birthe Loa Knizek og Marit Solbjør som leste igjennom en tidligere versjon av avhandlingen og de kritiske, men rettferdige og lærerike innvendingene de kom med. Takk også til mine nye kollegaer på høgskolen i Hedmark og spesielt instituttleder Randi Martinsen som har vist stor forståelse å gitt meg tid til å ferdigstille avhandlingen, og til Ragnfrid Kogstad, Bodil Gjestvang og Berit Arnesveen Bronken som har lest deler av avhandlingen og kommentert. Og ikke minst en stor takk til alle familiene som stilte opp på intervjuer og en ekstra stor takk til de to familiene som tok meg med på en tur i skogen.

Mest av alt takk til Gro og til mine barn Markus og Mina.





# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INTRODUKSJON .....</b>	<b>11</b>
1.1.	HENSIKT OG PROBLEMSTILLING .....	14
1.2.	AVHANDLINGENS OPPBYGGING .....	15
<b>2</b>	<b>OM Å GI ROM TIL MENNESKERS LIVSVERDEN .....</b>	<b>17</b>
2.1.	EKSEMPLER PÅ POSITIV PSYKISK HELSE SOM ET OVENFRA OG NED BEGREP .....	18
2.1.1	<i>Mentalhygienebevegelsen</i> .....	19
2.1.2	<i>Positiv psykisk helse i etterkrigstiden</i> .....	21
2.1.3	<i>Positiv psykisk helse i selvhjelpsindustrien</i> .....	23
2.1.4	<i>Helse og verdigrunnlag</i> .....	24
2.1.5	<i>Well-being og måleinstrumenter</i> .....	25
2.2.	HELSE I ET NEDENFRA OG OPP PERSPEKTIV .....	26
2.2.1	<i>Husserl og livsverden</i> .....	27
2.2.2	<i>Fenomenologi og epoché</i> .....	28
2.2.3	<i>Livsverdertilnærming til helse</i> .....	30
2.2.4	<i>Første-, andre- og tredjepersonsperspektivet</i> .....	31
<b>3</b>	<b>DATAINNSAMLING OG METODE .....</b>	<b>35</b>
3.1	DATAINNSAMLING .....	35
3.1.1	<i>Feltarbeid</i> .....	35
3.1.2	<i>Rekruttering</i> .....	37
3.1.3	<i>To forskningssituasjoner</i> .....	38
3.1.4	<i>Forskerens rolle</i> .....	40
3.2	GIORGIS BESKRIVENDE FENOMENOLOGISKE METODE .....	42
3.2.1	<i>Validitet</i> .....	43
3.3	RASJONELL REKONSTRUKSJON .....	44
3.3.1	<i>Dialog med Harry Stack Sullivan</i> .....	45
<b>4</b>	<b>OVERSIKT OVER ARTIKLENE .....</b>	<b>49</b>
4.1.1	<i>Artikkel (I)</i> .....	49
4.1.2	<i>Artikkel (II)</i> .....	50
4.1.3	<i>Artikkel (III)</i> .....	52
4.1.4	<i>Artikkel (IV)</i> .....	53
4.1.5	<i>Artikkel (V)</i> .....	54

4.2	SAMMENHENG MELLOM ARTIKLENE .....	56
4.3	AVHANDLINGENS BEGRENSNINGER.....	58
<b>5</b>	<b>DISKUSJON.....</b>	<b>59</b>
5.1.1	<i>Mangfold</i> .....	59
5.1.2	<i>Konsensus</i> .....	61
5.1.3	<i>Translasjon</i> .....	62
5.1.4	<i>Helselogisme</i> .....	63
5.1.5	<i>Andrepersonsperspektivet</i> .....	64
<b>6</b>	<b>AVSLUTNING .....</b>	<b>67</b>
6.1	KONSEKVENSER .....	67
<b>7</b>	<b>REFERANSER.....</b>	<b>69</b>
<b>8</b>	<b>ARTIKLENE SOM INNGÅR I AVHANDLINGEN.....</b>	<b>83</b>
8.1	ARTIKKEL I .....	85
8.2	ARTIKKEL II .....	101
8.3	ARTIKKEL III.....	123
8.4	ARTIKKEL IV .....	153
8.5	ARTIKKEL V.....	163
<b>9</b>	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>173</b>

# 1 Introduksjon

Denne avhandlingen handler om erfaringer med psykisk helse i hverdagslige situasjoner og om erfaringskunnskap i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget om psykisk helse i psykisk helsearbeid. Å fremme god psykisk helse er et mål i helsefremmende arbeid (WHO, 2004). Et mål som skal nås gjennom ”prosessen med å sette folk i stand til å få mer kontroll over egen helse” (Helsedirektoratet, 2010, s. 24). I tråd med Ottawa-charteret (WHO, 1986) løftes det frem strategier for en helsefremmende politikk med fokus på menneskers ressurser i hverdagen. De helsefremmende strategiene rettes mot hele befolkningen og hensikten er å ”øke den generelle graden av velvære, selvbylde, optimisme, positiv atferd, mestring og evne til å takle motgang og belastninger i livet” (Helsedirektoratet, 2010, s. 116; Keyes, 2013). Med en positiv tilnærming til psykisk helse som fysisk, psykisk og sosialt velvære har Verdens helseorganisasjon (WHO) lagt grunnen for en holistiske idealmodell for helse som mer enn fravær av sykdom og lidelse (Gjernes, 2004). Fokuset flyttes fra lidelse mot god psykisk helse og helsebegrepet utvides til å gjelde de fleste sider ved det moderne menneskets liv (Andrews, 2002).

I Norge er det helsefremmende arbeidet relatert til visjonen om å skape det helsefremmende samfunnet<sup>1</sup> (Meld. St. 34, (2012-2013)). For å nå visjonen rettes helsefremmende strategier inn mot å påvirke befolkningens muligheter for å velge en helsefremmende livsstil. En viktig helsefremmende strategi er å utjevne økonomiske forskjeller ved å tilrettelegge for arenaer der alle kan delta (Meld. St. 34, (2012-2013)); Meld. St. 19, (2014-2015)). I denne sammenheng blir naturen trukket frem som en arena som alle kan bruke og som er forbundet med sunne verdier og god psykisk helse. Naturen anses å ha et stort helsefremmende potensial i strategier for å endre livstilen til

---

<sup>1</sup> I Folkehelsemeldingen – god helse – felles ansvar (Meld. St. 34, (2012-2013)) tas det til ordet for ”helse i alt vi gjør”, som innebærer at ansvaret for helse ikke kun er lagt til helsesektoren, men skal ivaretas på tvers av sektorer.

de grupper som er lite fysisk aktive (Miljøverndepartementet, 2013; Meld. St. 19, (2014-2015)). Fotturer i skog og mark vurderes som en kilde til fysisk aktivitet som ikke krever store utgifter. Friluftsliv blir ansett som et lavterskeltilbud i helsefremmende arbeid og er en del av den statlige idrettspolitikken (Miljøverndepartementet, 2013; Meld. St. 20, (2006-2007)). Hele befolkningen oppfordres til å gå på tur og god tilgang til kortreist natur anses som sentralt i helsefremmende arbeid (Meld. St. 34, (2012-2013); Meld. St. 19, (2014-2015)). Det er med andre ord et nasjonalt mål at alle skal ha mulighet til å drive fritidsaktiviteter i nærmiljø og i naturen for øvrig. Det tilrettelegges således for at befolkningen selv skal kunne gjøre helsefremmende valg som det å bruke omkringliggende naturområder, for å forebygge psykiske sykdommer og lidelser (Meld. St. 16, (2010-2011); Meld. St. 19 (2014-2015); Major, 2011).

Visjonen om det helsefremmende samfunnet inkluderer også de som kommer i kontakt med psykisk helsevern. Brukere<sup>2</sup> skal gis makt til å samarbeide som en likeverdig part med tjenesteutøvere gjennom medvirkning og deltakelse (Helsedirektoratet, 2014; Schafft, 2013). Erfaringskunnskap skal ligge til grunn for beslutninger i kunnskapsbasert praksis og anvendes aktivt i psykisk helsearbeid på lik linje med profesjonskunnskap og forskning (Eriksson & Hummelvoll, 2012). Vektlegging av erfaringskunnskap er forankret i *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006* (Sosial- og helsedepartementet, 1998) som fremmet et aktivt brukerperspektiv,<sup>3</sup> mer lokalbasert psykisk helsearbeid og at brukere skal myndiggjøres for å mestre eget liv (Meld. St. 19, (2014-2015)). Det innebærer at psykisk helsearbeid i større grad handler om å bistå mennesker der de lever sitt hverdagsliv (Helsedirektoratet, 2010). Fokuset i psykisk helsearbeid flyttes mot lokalmiljøet, der tjenestene skal organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv med utgangspunkt i brukeres behov og ikke

---

<sup>2</sup> Begrepet "bruker" er kontroversielt. En person kan ha en brukerrolle i en partikulær situasjon og som utgjør en av mange roller en person kan inneha (Bøe & Thomassen, 2007). Ofte anses en bruker som en person som tar del i et samarbeidsforhold og som har rett til å medvirke og en mulighet til å protestere (Hummelvoll & Eriksson, 2005, s. 14).

<sup>3</sup> Selv om begrepet brukerperspektivet er det som ofte brukes i litteraturen, så er det mer riktig å si at det finnes en rekke ulike brukerperspektiver (Bøe & Thomassen, 2007, s. 126).

tjenestene (Helsedirektoratet, 2014; Eriksson, Granerud & Hummelvoll, 2014). Noe som betyr en anerkjennelse av at det som påvirker folks helse og helseatferd kan ligge utenfor helsesektoren og i nærmiljøet der folk lever sitt hverdagsliv.

Fokusskifte fra sykdom og lidelse til helsefremming har hatt stor betydning for utformingen av videreutdanninger innen psykisk helsearbeid. På bakgrunn av stortingsmeldingen *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*<sup>4</sup> (Meld. St. 25 (1996-1997)) som avdekket at tjenestetilbudet hadde brist i alle ledd, skal brukerperspektivet og tverrfaglig kompetanse sterkere inn i utdanningen. Dette kommer til uttrykk i *Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid* som vektlegger brukermedvirkning og brukeres ressurser, ønsker og behov (Utdanning- og forskningsdepartementet, 2005). Fokusskifte utvider og legitimerer arbeidsområdet til psykisk helsearbeidere. Det er derfor viktig å spørre hvor grensen går for hva som skal inkluderes i psykisk helsearbeid (jf. Mæland, 2009, s. 141; Andrews, 2002). Likevel og til tross for fokusskiftet, så er det mye som tyder på at den typiske psykisk helsearbeideren kan mye om å behandle lidelser, men ikke fullt så mye om hvordan fremme psykisk helse (Slade, 2010).

Å fremme positiv psykisk helse innebærer en prosess der individet selv skal ta større ansvar for sin egen helse gjennom at de gis ansvar for egne helsevalg. Det vil si at det tilrettelegges for myndiggjøring, mestring og egenkontroll (Gjernes, 2004). I empowermentlitteraturen<sup>5</sup> anses myndiggjøring av befolkningen som en ”nedenfra og opp” tenkning (Haukelien, Møller & Vike, 2011), men i denne avhandlingen legger jeg en annen forståelse av hva et ”nedenfra og opp” perspektiv innebærer. Det er hvordan psykisk helse leves, erfares og kommuniseres i et førstepersonsperspektiv som i avhandlingen omtales som et nedenfra og opp perspektiv. Med et ”ovenfra og ned” perspektiv på psykisk helse mener jeg teorier på psykisk helse i forskning og i psykisk

---

<sup>4</sup> Stortingsmelding 25 kan ses som analysedelen av Opptrappingsplanen.

<sup>5</sup> ”Empowerment” kan beskrives som ”den prosess som er nødvendig for å styrke og aktivisere menneskets egenkraft” (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 9).

helsearbeid slik det kommuniseres i et tredjepersonsperspektiv. Forholdet mellom et nedenfra og opp perspektiv og et ovenfra og ned perspektiv er ikke uproblematisk. For erfaringer vil alltid inneholde mer enn det vi kan fange i teoretiske begreper og utfordringen er å bringe erfaringer frem på en vitenskapelig stringent måte. Mitt utgangspunkt for denne avhandlingen er at et nedenfra og opp perspektiv kan gi kunnskap om hvordan livet fortøner seg i det såkalte helsefremmende samfunnet og er viktig for å ivareta menneskers subjektivitet i teorier om psykisk helse. Det vil si at jeg antar at førstepersonsperspektivet kan bidra med å bringe frem diversitet i hvordan det erfares å leve i et helsefremmende samfunn, noe som kan bidra positivt til teorier om psykisk helse i psykisk helsearbeid.

### **1.1. Hensikt og problemstilling**

Hensikten med avhandlingen er å bidra med kunnskap om hvordan god psykisk helse erfares i hverdagsrelaterte situasjoner og hvordan erfaringer gir form til kunnskapsgrunnlaget om psykisk helse i psykisk helsearbeid. Problemstillingen er todelt og er som følger:

- *Hvordan er psykisk helse levd, erfart og kommunisert i hverdagen?*
- *Hvordan informerer<sup>6</sup>erfaringskunnskap den teoretiske forståelsen av psykisk helse?*

For å svare på problemstillingen ble to relaterte delstudier utformet. Den første delstudien er forankret i fenomenologi. Den har fokus på hvordan psykisk helse som levd, erfart og kommunisert av familier på tur i skogen, kan bringes frem fra et førstepersonsperspektiv. Den andre delstudien er en teoretisk studie som er forankret i et interpersonelt perspektiv på psykisk helse. Den har fokuset på erfaringskunnskap i teorier om psykisk helse i psykisk helsearbeid.

---

<sup>6</sup> Informere ”fra latin informare 'give form, skildre', af in- og formare 'danne, forme'” (Informere, s.a).

## 1.2. Avhandlingens oppbygging

Avhandlingen er artikkelbasert og i denne sammenskrivingen synliggjør jeg sammenhengen i dette arbeidet. Kapittel 2 er om begrepet positiv psykisk helse slik det blant annet blir brukt av WHO (Lamers 2012) og som er et perspektiv som ikke er avgrenset mot noen patologiske tilstander. Jeg vil tydeliggjøre forskjellene mellom god psykisk helse slik det erfares i hverdagslivet og den vitenskapelige konseptualiseringen av positiv psykisk helse. Det vil si forskjellen mellom en nedenfra og opp tilnærming med vekt på førstepersonsperspektivet og en ovenfra og ned tilnærming med vekt på tredjepersonsperspektivet. Kapitlet er derfor delt i to. Først beskriver jeg hvordan den vitenskapelig konseptualisering av positiv psykisk helse er blitt utviklet i forskning og i helsefremmende arbeid fra mentalhygienebevegelsen og frem til i dag. Så beskriver jeg psykisk helse som well-being<sup>7</sup> der jeg vektlegger en livsverdentilnærming til psykisk helse.

Kapittel 3 er et metodekapittel. Først beskriver jeg hvordan jeg innhentet data til den første av de to delstudiene gjennom et feltarbeid, der jeg intervjuet familier på tur i skogen. Deretter beskriver jeg hvordan jeg analyserte dataene ved hjelp av Giorgis beskrivende fenomenologiske metode. Så skifter jeg fokus til delstudie 2 som er en teoretisk studie. Denne studien er forankret i Harry Stack Sullivan interpersonelle teori om selvet, psykisk helse, psykisk helsearbeid og recovery. Metoden som benyttes er en rasjonell rekonstruksjon som lar oss sammenlikne teorier på tvers av tid. Her bringes Sullivans interpersonelle perspektiv på psykisk helse som han utviklet i første halvdel av de forrige århundret, inn i en dialog med de teorier på psykisk helse som i dag er forankret i standardisert helse<sup>8</sup>, autonomi og frie valg.

---

<sup>7</sup> I Carlquist (2015) så er det i faglitteraturen flere forståelser av begrepet well-being. Begrepet overlapper velvære, velferd, trivsel og livskvalitet, men sammenfaller ikke helt med det norske fagspråket. I tråd med Carlquist velger jeg å bruke well-being for å forholde meg til den internasjonale litteraturen angående begrepet.

<sup>8</sup> ”Standardisert helse” innebærer at aktiviteter og erfaringer omgjøres til parametere som kan telles og måles og hvor motivet ofte er økonomisk (Kugelman, 2003).



I kapittel 4 presenteres et sammendrag av de fem artiklene som inngår i avhandlingens to delstudier og jeg viser hvordan de er relatert. Delstudie 1 består av tre artikler om hvordan psykisk helse er levd, erfart og kommunisert i hverdagen. Alle de tre artiklene er forankret i fenomenologi. I artikkel (I) introduseres fenomenologi gjennom van den Berg som var en psykiater og fenomenolog. Artikkel (II) er en fenomenologisk studie av hvordan norske familier erfarer positiv psykisk helse når de er på tur i skogen. Artikkel (III) er en case studie som fordyper seg i hvordan to norske familier opplever verden, tid, kropp og den relasjonelle familieenheten når de er på tur i naturen. Delstudie 2 består av to teoretiske artikler om et erfaringsnært interpersonelt perspektiv og hvordan det informerer det teoretiske kunnskapsgrunnlaget for psykisk helse. I artikkel (IV) introduseres Sullivan og hans interpersonelle perspektiv på psykisk helse. Artikkel (V) viser at Sullivans hadde en koherent interpersonell teori på psykisk helse og psykisk helsearbeid, en koherens som kan bli borte i nåtidens vektlegging av kunnskapsbasert praksis, der standardiseringer, autonomi og frie valg er blitt det sentrale.

I kapittel 5 diskuteres avhandlingens to delstudier som viser at psykisk helse bringes frem i to forskjellige relasjonelle nettverk. I et nettverk av relasjoner som er forankret i familiers hverdagsliv der psykisk helse erfares, skapes og kommuniseres som en form for well-being og i et nettverk av relasjoner som er forankret i vitenskap og teori slik det praktiseres av eksperter. Det vil si to forskjellige relasjonelle nettverk som kan bringe frem psykisk helse på forskjellige måter.

## 2 Om å gi rom til menneskers livsverden

I dette kapitlet vil jeg først forsøke å illustrere at positiv psykisk helse som et vitenskapelig begrep har blitt utviklet i et tredjepersonsperspektiv, for så å beskrive et førstepersonsperspektiv som er lydhør til hva som opptar mennesker i den situasjonen de lever i. Førstepersonsperspektivet kan utfylle og gi en videre forståelse av den type tenking om psykisk helse som ligger til grunn for psykisk helsearbeid. I dag skal psykisk helsearbeid være evidensbasert, der vitenskapen danner grunnlag for beslutninger om tiltak (Eriksson & Hummelvoll, 2012). Det innebærer at psykisk helse kan brukes som et objektivt mål i helsefremmende arbeid med metoder som kan måle effektiviteten av intervensjoner. Hva som er best mulig kunnskap bestemmes av forskning der randomiserte kliniske studier (RCT), systematisk litteraturgjennomgang og statistisk metaanalyser er rangert høyest. En slik operasjonalisering av psykisk helse med forankring i metoder utledet fra evidensbasert medisin har stor gjennomslagskraft og evidensbasert praksis anses å være en global suksess (Trinder, 2000).

Utfordringen ved å begrepsfeste psykisk helse i et ovenfra og ned perspektiv er at det kan innebære et abstraksjonsnivå som ikke fanger det essensielle ved det å være menneske (van Spijk, 2015). Det kan gå på bekostning av eksistensielle spørsmål og dirigere oppmerksomheten vekk fra erfaringer i menneskers livsverden (Dahlberg, Todres & Galvin, 2009). Hvis en glemmer de kvalitative dimensjonene, så kan det ifølge Todres, Galvin & Dahlberg (2007), bli lagt for mye vekt på å måle kvaliteter på måter som er overfladisk og til og med potensielle dehumaniserende. Derfor er det viktig å få et evidensbegrep som omfatter humanistisk vitenskap der ”kvalitativ evidens” blir viktig (Todres & Holloway, 2004). Det vil si at det evidente knyttes til det å erfare slik at vi får en videre forståelse av evidens (Eriksson & Hummelvoll, 2012). Min bakgrunnsforståelse er at vi trenger å gi rom i evidensbasert praksis til et livsverdenperspektiv på psykisk helse. Dette for å kunne informere teorier om psykisk helse med det essensielle ved det å være menneske.

I del 2.1 av dette kapitlet presenterer jeg hvordan positiv psykisk helse som et teoretisk kjernebegrep er blitt skapt, kommunisert og iverksatt i psykisk helsearbeid fra

mentalhygienebevegelsen på begynnelsen av det forrige århundre og frem til i dag. I del 2.2 presenterer jeg fenomenologi og en livsverdenorientert tilnærming til psykisk helse.

### **2.1. Eksempler på positiv psykisk helse som et ovenfra og ned begrep**

Hvorfor er ”positiv” tilført begrepet psykisk helse? Er ikke psykisk helse alltid positiv, slik at tilføringen er en form for smør på flesk<sup>9</sup>? Det er to hovedgrunner til å tilføre positiv. For det første har vi en tendens til å tenke på psykopatologi som for eksempel angst og depresjoner når vi bruker begrepet psykisk helse, slik at positiv indikerer at psykisk helse ikke er synonymt med sykdom eller psykisk lidelse (Lamers, 2012). Ved å tilføre positiv understreker jeg at i denne avhandlingen er fokuset på hva som fremmer god psykisk helse. For det andre er ”positiv” tilført for å presisere at ”positiv psykisk helse” er et vitenskapelig begrep som defineres ved hjelp forskjellige indikatorer med vekt på positiv fungering (Barry, 2009). Det vil si at helsebegrepet utvides<sup>10</sup> til å gjelde de fleste sider ved menneskets liv der positiv psykisk helse operasjonaliseres i det helsefremmende arbeid som rettes mot hele befolkningen (Provencher & Keyes, 2011).

Et utvidet helsebegrep med vekt på funksjonsevne og fullstendig well-being kan gi inntrykk av at helsebegrepet kan romme alt. Helse kan da bli et sekkebegrep som omhandler alle aspekter ved livet og således bli altoverskyggende (Andrews, 2002; Boorse 1977). I dag er det å fremme psykisk helse en av de viktigste politiske sakene i Europa og Amerika (Dowbiggin, 2011; Huppert & So, 2013; Jané-Llopis, 2007). At begrepet positiv psykisk helse er blitt sentralt i helsefremmende arbeid kan forstås gjennom en langvarig prosess. En prosess der psykisk helse re-konseptualiseres i positive termer fremfor negative termer (Barry, 2009; WHO, 2004). En prosess som ble igangsatt i mentalhygienebevegelsen gjennom å bruke vitenskapelige metoder for å

---

<sup>9</sup> Ifølge Lamers (2012) er ”positive psykisk helse” en pleonasm.

<sup>10</sup> Selv om det legges til grunn et utvidet helsebegrep i det helsefremmende arbeidet, så hevdes det at det fortsatt er psykiatrien med vekt på lidelse som dominerer hvordan vi forstår og former innholdet i begrepet (Bertolote, 2008; Bracken & Thomas, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Tengland, 2001; Westerhof & Keyes, 2010).

fremme psykisk helse i befolkningen der målet blant annet var arbeidsomme og veltilpassede individer<sup>11</sup> (Becker & Marecek, 2008). Den er forankret i mentalhygienebevegelsens filosofi om at mennesket bør være lykkelig og at ulykkelighet er symptom på feilet tilpasning (Frankl, 1963). Det vil si at det vi forstår med positiv psykisk helse er konstituert i en historisk prosess, der innholdet i begrepet endres over tid og kan derfor ikke forstås uavhengig av det sosiale konteksten det brukes i (jf. Hacking, 2004).

Jeg vil nå skissere en forenklet fremstilling som antyder noen få aspekter av kompleksiteten i utvikling i hvordan vi forstår begrepet positiv psykisk helse. Det er ikke psykiatriens historie jeg presenterer i det følgende, men en gjennomgang av ulike forsøk på å re-konseptualisere psykisk helse i positive termer.

### **2.1.1 Mentalhygienebevegelsen**

På begynnelsen av 1900-tallet var psykisk helse først og fremst et objekt for en fremvoksende profesjon og mange psykiatere vektla det å etablere en vitenskapelig disiplin med en rettmessig plass innenfor biomedisinsk vitenskap (Porter, 2002, s. 183). De forsøkte å endre begrepene som ble brukt i asylene til mer vitenskapslydende begreper<sup>12</sup> (Reaume, 2002). Samtidig ble blikket flyttet ut av institusjonene til befolkningens psykiske helse. I 1909 etablert en tidligere pasient i psykiatrien, Clifford Whittingham Beers<sup>13</sup> (1876-1943) i samarbeid med psykiateren Adolf Meyer (1866-

---

<sup>11</sup> Noe som også kommer til uttrykk i WHO's forslag om at psykisk helse er "... a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community" (WHO, 2004, p. 12).

<sup>12</sup> Blant annet begynte de å referere til at mennesker har en psykisk lidelse (Reaume, 2002). Kraepelin (1856-1926) for eksempel anså psykiske lidelser som sykdom og han vektla vitenskap og psykiatriske klassifiseringsskjemaer (Decker, 2007).

<sup>13</sup> Beers var i samtiden et eksempel på at mennesker kan komme seg etter psykiske lidelser og kunne bidra positivt i samfunnet (Dowbiggin, 2011). Samtidig er han blitt anklaget for å ha skiftet side fra pasient til å representere psykiatrien ved å dedikere sin historie for å finne sannheten om menneskets psyke (se Porter, 1989, s. 38 og 194)

1950), det som er blitt kalt mentalhygienebevegelsen.<sup>14</sup> Hovedmålet var å endre holdninger til psykisk lidelse, fremme rettigheter og humanisere behandlingen for pasienter innlagt på psykiatri institusjoner, samt å fremme positiv psykisk helse i befolkningen (Bertolote, 2008).

Innenfor psykiatrien var det mange som ville utvide psykiatriens nedslagsfelt og ønsket å inkludere samfunnsvitenskapen inn under den medisinske paraplyen (Bloom, 2002). Mentalhygienebevegelsen flyttet fokuset fra tradisjonell psykiatri og tjenester i sykehusene og asylene ved å re-orientere seg mot bevaring av psykisk helse i befolkningen (Crossley, 1998, s. 469; Castel, Castel & Lovell, 1982; Miller & Rose 1986; Porter, 1989). Det vil si at mentalhygiene ikke kun rettet oppmerksomheten mot hodeskader og dårlig arv, men også mot akutt fattigdom, religiøse konflikter, sjalusi, kjærlighetskrangler, forretningsfolks bekymringer, grinete mødre, diktatoriske fedre, samvittighetskvaler og sosial skam (Klein, 1961). I et paternalistisk ”foreldre-barn-forhold” ønsket mentalhygienebevegelsen å oppdra befolkningen (Arny & Bergen, 1984). I ettertid så kan vi si at vektlegging av positiv psykisk helse ble en strategi i en bredere bekymring for forfallet av moralsk orden i samfunnet og for å fremme sosial og økonomisk effektivitet. Det var gjennom råd og informasjon basert på vitenskapelige bevis som sammen med et løfte om god psykisk helse, skulle få befolkningen til å tenke positivt, få innsikt i egen psyke, regulere sine følelser og håndtere relasjoner i familie, arbeidsliv, fritid og skole (Porter, 1989).

Psykoanalysen var innflytelsesfull i denne perioden og ble tatt opp i mentalhygienebevegelsen (Taubman, 2012). I ettertid er mentalhygienebevegelsen hovedsakelig blitt plassert innenfor beskrivelse om psykologisering av samfunnet som

---

<sup>14</sup> Mentalhygiene ble brukt som begrep på 1800-tallet, men min bruk av begrepet refererer til mentalhygienebevegelsen som hadde sitt utspring i USA i det første tiåret av 1900-tallet (Toms, 2010). Min presentasjon av mentalhygienebevegelsen har sin hovedtyngde i USA. For en presentasjon av mentalhygienebevegelsen i Norge se Ludvigsen (2008) og for en grundigere gjennomgang se Ødegård, Sæthre & Brinchmann, (1946).

har funnet sted siden begynnelsen av det 20. århundre (Tooms, 2010). Mentalhygienebevegelsen argumenterte med at det emosjonelle var delvis et offentlig anliggende og at de var eksperter som kunne rettlede befolkningen for å unngå “mistilpasset” personligheter i befolkningen<sup>15</sup> (Rose, 1989). Som en psykiater J. R. Lord uttrykte det i 1930, målet til mentalhygiene var ”the dominance of reason over emotion in moulding of personality in such a fashion as to bring out the finest traits of human character” (sitert i Tooms, 2010, s. 20). Målet var med andre ord å strukturere utviklingen av personligheter for å holde usunne emosjoner under kontroll for å fremme befolkningens positive psykiske helse.

### **2.1.2 Positiv psykisk helse i etterkrigstiden**

På slutten av 1930-tallet og på begynnelsen av 1940-tallet endret ordbruken seg fra mentalhygiene til psykisk helse<sup>16</sup>. Noe av grunnen var at begrepet hygiene ble forbundet med sykdom. Mentalhygienebevegelsen ønsket i tillegg til å forebygge psykisk lidelse<sup>17</sup> å fremme positiv psykisk helse (Ridenour, 1961). På slutten av 1950 tallet dukket begrepet subjektiv well-being opp som et felt for vitenskapen, i et nytt forsøk på å gi

---

<sup>15</sup> I Norge ble det gjennomført studier av sammenhengen mellom det å vokse opp i dårlig strøk og miljø og hvordan dette virker inn på psykisk helse og kriminalitet. Det ble derfor tatt til orde for mentalhygieniske klinikker eller rådgivende institusjoner med mennesker med psykologisk innsikt ville ha stor verdi og burde ligge til grunn for sosialt arbeid (Dalhstrøm, Frølich, Kviberg, Arctander og Sveen, 1931).

<sup>16</sup> Innenfor medisin tok begrepet sosialmedisin over for mentalhygiene og begrepet forekommer for første gang i Aschehogs konversasjonsleksikon i 1949, der det står at sosialmedisin er sykdomslære sett i forhold til samfunnsforhold og til enkeltindividets sosiale miljø (Marstein, 1973, s. 7).

<sup>17</sup> Et interessant skille mellom forebygging av lidelse og å fremme psykisk helse finner vi hos Klein (1961). Han skilte mellom to former for mentalhygiene: ”The prophylactic side of hygiene is oriented toward the prevention of disease, breakdown, weakness, disaster, death. It stresses the pathological. The meliorative side of hygiene is oriented toward the acquisition of buoyant health, more energy, and abundant life. It stresses the normal and the ideal as opposed to the abnormal and pathological” (Klein, 1961, s. 18.)”.

positiv psykisk helse et innhold med vekt på individets oppfattelse, synspunkt, personlig mening og bekymringer i livet<sup>18</sup> (Keyes, 2013).

Det var en tid med optimisme der beslutningstakere og forskere gikk sammen i etterkrigsårene for å skape en mentalt sunn verden for alle sine borgere (Flugel, 1948). De ville gjenoppbygge samfunnet og de delte en drøm om fred i verden, hvor positiv psykisk helse kunne nås gjennom en global harmoni (Robson, 2008). En drøm som de håpet ville gå i oppfyllelse ved å forene nasjoner under beskyttelse av Forente Nasjoner (FN), med sikte på å fremme menneskerettigheter og et godt samfunn (Lindström & Eriksson, 2006). Med etableringen av The World Federation for Mental Health (WFMH) i 1948, var det en allestedsnærværende bevissthet om betydningen av å fremme positiv psykisk helse i kjølvannet av verdenskrigenes grusomheter (Brody 2004).

Målet var å forebygge dårlig helse, men også å få veltilpassede individer som kunne bidra til samfunnet på en positiv måte (Secker, 1998). For eksempel kritiserte psykologen Marie Jahoda (1907-2001) i boka *Concepts of Positive Mental Health* (1958), fokuset på psykisk sykdom fremfor positiv psykisk helse. Hun foreslo at psykisk helse ikke bare var fravær av psykisk lidelse, men tilstedeværelsen av positiv funksjonering. Psykisk helse handler om positive holdninger, vekst, utvikling, fremtidsrettethet, effektiv problemløsning, takle stress og evne til å arbeide, leke og elske (Jahoda, 1958). Samtidig ble subjektiv well-being viktig i samfunnsvitenskap som

---

<sup>18</sup> Ifølge Grob (1998) var biologisk orienterte psykiatere i opposisjon til sine mer psykodynamiske og psykoanalytiske kollegaer. Spesielt kommer dette til uttrykk i perspektiver på psykiske lidelser der de mer biologisk orienterte psykiaterne var opptatt av lidelsen som somatisk forankret der diagnoser og medisinerer var i fokus. Grob gjør et poeng ut at også psykiatere tilhører to forskjellige nettverk. Et idealisert nettverk med logiske og rasjonelle forklaringer på psykiske lidelser og et nettverk i hverdagslivet der de møter individer som ikke kan reduseres til klare kategorier av patologi. Nylig er det blitt argumentert for at akademisk psykiatri er i krise ved å ikke lenger være relevant for klinisk praksis fordi de forsøker å forstå psykisk helse uavhengig av det sosiale og kulturelle (Bracken m fl. 2012; Kleinman, 2012).

et mål på livskvalitet og well-being, slik at sosial endring i befolkningen kunne måles for å gjøre politikken mer treffbar (Keyes, 2013).

### **2.1.3 Positiv psykisk helse i selvhjelpsindustrien**

I kjølvannet av Jahodas bok og re-konseptualiseringen av psykisk helse som et positivt begrep, ble det utviklet en rekke nøkkelindikatorer og instrumenter for å begrepsfeste og måle positiv psykisk helse (Barry, 2009; Herman, 2005; Huppert & So, 2013; Keyes 2002; Provencher & Keyes, 2013; Ryff, 2006; Vaillant 2003; 2012; Westerhof & Keyes, 2010). Re-konseptualiseringen har ført til et fokus på ressurser og ”empowerment” som er ”the process enabling people to gain control over decisions and activities affecting their health” (Nutbeam, 1998).<sup>19</sup> I mentalhygienebevegelsen skulle befolkningen opplyses av eksperter som la til rette for et stimulerende miljø for å fremme positiv psykisk helse, slik at befolkningen skulle lære å håndtere relasjoner i familie, arbeidsliv og fritid. I visjonen om det helsefremmende samfunnet legger man også til rette for å fremme psykisk helse, men at nå er det individet selv som skal kunne ta sunne valg i familie, arbeidsliv og fritid. Empowerment, recovery, selvhjelp, personlige ressurser og selvutvikling har erstattet paternalismen og individet er blitt ansvarlig for å forme sitt eget liv.

I tråd med at individet får større ansvar for egen helse har det siden andre verdenskrig vokst frem en type selvhjelpskultur der eksperter trent i psykologi eller medisin forteller andre hvordan de skal leve “happier, healthier, and more productive lives” (Harrington, 2008, s. 249). Det terapeutiske arbeidet rettes mot å utvikle personens kompetanse, uavhengighet, selvbestemmelse eller andre former for helse potensialer (Sebastian von Peter, 2013). Selvbestemmelse eller autonomi innebærer at “an individual's thought and action is his own, and not determined by agencies or causes outside his control” (Lukes sitert i Nauta, 1984, s. 363) har blitt den sentrale logikken.

---

<sup>19</sup> Positiv psykologi springer ut av en slik tenkning. Seligman og Csikszentmihaly (2000) la et rammeverk for positiv psykologi som en vitenskap om individets «flourishing». Det var en tonegivende artikkel som kan ses som et manifest for positiv psykologi (Becker & Marecek, 2008).



Autonomi, mestring og frie valg er i tråd med en rasjonalitet Mol (2008) begrepsfester som ”valgets logikk” (jf. artikkel V). Det er en rasjonalitet som anser folk som forbrukere og at alle har rett til positiv helse.

Psykisk helse kan da bli en vare (jf. Lian, 2007). En vare som hjelpeapparat eller selvhjelps bøker tilbyr konsumenter. Det er med andre ord en enorm grobunn for fremveksten av et stort marked for forskjellige terapeuter for å bistå mennesker i jakten på psykisk helse (Dowbiggin, 2012). Det er i vestlige land skapt et bilde av den ”psykisk sunne personen” som et autonomt og selv-skapende individ (Secker, 1998). Dette bilde står i sterk kontrast til den eksponentielle veksten i antall fagfolk siden 1950-tallet. En vekst som må sees i sammenheng med hva amerikanske myndigheter har kalt en psykisk helse krise. Krisen startet med ”the age of anxiety” som fusjonerte i 1970, 1980 og 1990 gradvis med ”the age of depression”. Det er i tråd med en økende følelse av ensomhet i et samfunn, der fellesskap og tradisjoner er i ferd med å brytes ned (Dworkin, 2010).

#### **2.1.4 Helse og verdigrunnlag**

Et kritisk blikk på hvordan begrepet positiv psykisk helse skapes, kommuniseres og iverksettes i hverdagslivet, forskning, politikk, media, og næringsliv er nødvendig og viktig, når helsebegrepet utvides til å gjelde stadig flere aspekter ved menneskers liv. For det utvidede helsebegrepet vever sammen verdier og helse, noe som innebærer at noen bestemmer hva som er bra for andre nå og i fremtiden (Larsen, 2006). Positiv psykisk helse som et teoretisk og vitenskapelig begrep er ikke et nøytralt begrep. Det er et begrep som bidrar med å avgrense hva som er normalt, riktig og ettertraktet (jf. Illich, 2010, s. 45). Helsebegrepet er således normativt og kan kritiseres for å gi visse verdier forrang.

Ifølge Boorse (1977) er ideen om en perfekt helse meningsløs. For hvis helse skapes gjennom å realisere verdier, så vil positiv psykisk helse være avhengig av valget mellom hvilke verdier og mål som er verdt å forfølge. Boorse (1977) fremmer et biomedisinsk helsebegrep og han argumenterer for at fordelene med å begrense helse til fravær av sykdom, er at man unngår å omgjøre helse til verdier. Boorse har blitt en

fruktbar hoggestabbe for teoretikere som vil bevege seg vekk fra sykdomsmodellen (Mæland, 2009). For det er ikke selvinnsynende at medisinrelaterte teorier har monopol på å definere god psykisk helse. Psykisk helse omfatter også well-being som diskuteres blant annet av buddhister, kristne, stoikere og sekulære eksistensialister som et tilbakevendende del av livet (Pilgrim & McCranie, 2013). For som vi har sett så innebærer det utvidede helsebegrepet at psykisk helse handler om andre ting enn lidelse og sykdom. WHO anser positiv psykisk helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial well-being.<sup>20</sup> Med andre ord kan helse ifølge WHO være noe annet en sykdom og lidelse. Hva som er well-being vil kunne variere, men hva som legges i det kan også underlegges normative vurderinger med utgangspunkt i gitte standarder (Mæland, 2009, s. 44). Det innebærer at positiv psykisk helse kan brukes som et objektivt mål i helsefremmende arbeid, med metoder som kan måle effektiviteten av intervensjoner.

### **2.1.5 Well-being og måleinstrumenter**

Metoder som gir evidente målbare resultat av fenomenet psykisk helse blir foretrukket av myndigheter rundt om i verden som indikatorer på fremgang og økonomisk vekst (Barry, 2009; Huppert & So, 2013). Slike indikatorer på positiv psykisk helse fokuserer på positiv fungering på samme måte som psykiatrien har vurdert dårlig fungering som symptomer på depresjon (Keyes, 2002; 2013). Det finnes et stort antall måleinstrumenter for positiv psykisk helse, velvære, subjektiv livskvalitet og så videre (Vaillant, 2003). De er ofte relatert til det som kalles hedonisk og eudaimonisk tradisjon der følelsesmessige, psykologiske og sosiale aspekter ved velvære operasjonaliseres (Hubbert & So 2013; Ryff, 1989). Den hedoniske tradisjon refererer til velvære som nytelse, tilfredsstillelse og behag, mens en eudaimonisk tradisjon refererer til velvære som optimal funksjon, autonomi og selvrealisering (Kashdan, Biswas-Diner & King, 2008; Keyes & Annas, 2009). De to begrepene utgjør til sammen det WHO definerer som positiv psykisk helse (Lamers, 2012, s. 17). Hovedforskjellen mellom de to tradisjonene er at hedonisk velvære handler om å måle individets følelser overfor livet

---

<sup>20</sup> WHO sitt well-being begrep er kritisert for å være et utopisk mål (van Spijk, 2015).

og eudaimonisk velvære måler hvordan individet fungerer i livet og er nærmere en form for sosial velvære (Keyes & Annas, 2009). I begge tradisjoner er velvære redusert til ulike dimensjoner i tradisjon fra Jahoda (1958) som var en av de første til å operasjonalisere positiv psykisk helse (jf. Ryff, 1989).

Livskvalitet er et annet begrep på ”subjektivt velvære” eller ”psykisk velvære” slik det forstås i den hedoniske og eudaimoniske tradisjonen (Næss, 2001a). Livskvalitet innebærer ”lykke” og det ”å ha det godt”. Ifølge Næss (2001a) er lykke det overordnede målet for menneskers handlinger og livskvalitet, slik hun bruker begrepet, er forankret i et verdibegrep som vektlegger at mennesker er glade. Næss nevner kjærlighet, engasjement, selvrespekt, tilfredshet, glede og mening med livet som mål på livskvalitet. Livskvalitetsforskningen har ifølge Næss (2001b), sin største oppgave i å belyse ”hvilke forhold stor-samfunn, familie og arbeidsliv som fremmer og hemmer det enkelte menneske livskvalitet” (s. 1943). Dette er i tråd med mentalhygiene-bevegelsens verdisyn om at mennesket bør være lykkelig og det legges vekt på vitenskapelige kriterier for å kartlegge og fremme psykisk helse. Det er en tradisjon forankret i positiv psykisk helse som et målbart fenomen, noe som kan innebære et abstraksjonsnivå som ikke fanger det essensielle i menneskers erfaring av helse (van Spijk, 2015). Denne type forskning er verdifull, men som jeg nå vil illustrere; et fenomenologisk livsverden perspektiv åpner opp for å undersøke de erfaringsnære dimensjonene ved psykisk helse. Utfordringen er som tidligere nevnt å få et evidensbegrep som omfatter humanistisk vitenskap med kvalitativ evidens i et nedenfra og opp perspektiv.

## **2.2 Helse i et nedenfra og opp perspektiv**

Menneskers livsverden kan tilby et annet perspektiv på hvordan psykisk helse leves, erfares og kommuniseres i det daglige livet. Det er et nedenfra og opp perspektiv som kan informere teorier om psykisk helse med erfaringer fra menneskers livsverden. Jeg vil i denne delen av avhandlingen først si litt om Husserl og livsverden, så forsøke å beskrive hva fenomenologi er, deretter illustrere hva som ligger i en livsverden

tilnærming til psykisk helse og til slutt presentere hva som ligger i første,- andre- og tredjepersonsperspektivet på helse.

### **2.2.1 Husserl og livsverden**

Edmund Husserl (1859-1938) er ansett som grunnleggeren av den moderne fenomenologien. Han formet en metode for filosofisk og vitenskapelig kunnskap med utgangspunkt i bevissthet og livsverden i det som har utviklet seg til en fenomenologisk bevegelse (Spiegelberg, 1960). Husserl som litt paradoksalt ifølge Zahavi (2003, s 126), var kritisk til at de positivistiske vitenskapene hadde lyktes for godt og at de med en slik enorm suksess så ut til å glemme å reflektere over sitt eget fundament og begrensning. Det var ikke vitenskapen i seg selv som var under kritikk, men hvordan reduksjonisme fører til at mennesket glemmer det essensielle ved det å være menneske. Naturvitenskapen var blitt for opptatt av avanserte tekniske problemer og mistet ut av syne spørsmål som hva sannhet og et meningsfylt liv er (Zahavi, 2003, s. 126). Gapet mellom vitenskapen og livsverdenen kunne lede til det Husserl kalte en krise for vitenskapen (Husserl & Welton, 1999).

Husserl ville gjenvinne menneskets erfaringsbaserte verden. Levd erfaring er en integrert del av verden som Husserl kaller livsverden (Steinbock, 1995, s. 87). Livsverden er vår hverdagslige erfarte verden som vi er født inn i og lever i (Giorgi, 2009). Således må ikke livsverden forveksles med en statisk, objektiv enhet. Mennesket konstituerer og rekonstituerer seg gjennom en kulturell tradisjon og utvikler seg over generasjoner (Thompson, 2007). Livsverden kan derfor ses som en dynamisk, skiftende, og intersubjektiv konstituert eksistensiell virkelighet. Den er et resultat av de måter mennesket, som situerte eksistensielle, praktiske, og historiske vesener, er rettet inn i verden (Desjarlais & Throop, 2011, s. 92). Verden er forutgitt for oss og ifølge Husserl er ” the life-world, for us who wakingly live in it, ... always already there, existing in advance for us, the ”ground” of all praxis whether theoretical or extratheoretical” (Husserl & Welton, 1999, s. 375).

Livsverden er fundamentet og kilde til evidens (Overgaard & Zahavi, 2009, s. 97). De positivistiske vitenskapene søkte ifølge Husserl, objektiv kunnskap frigjort fra den

forutgitte verden, men vitenskap er en menneskelig bragd og er som all annen menneskelig praksis forankret i livsverden (Husserl & Welton, 1999, s. 363). Ifølge Giorgi (2009, s. 11), er vitenskapens verden utledet fra livsverden og vi trenger derfor kunnskap om hvordan en spesialisert verden som vitenskapen er relatert til livsverden. For selv om all vitenskapelig kunnskap har utspring i livsverden, så kan en si at vitenskap som abstrahert kunnskap “streams into” menneskers livsverden (Thompson, 2007, s. 83). Teoretiske antakelser og resultater kan over tid gradvis bli absorbert inn i hverdagslige praksiser og bli en del av livsverden (Overgaard & Zahavi, 2009, s. 97). Vitenskapen synker ned og inn i den grunnen den står på (Overgaard & Zahavi, 2009; Zahavi, 2003, s. 130). Det er en form for sirkulasjon mellom hverdagslivets erfaring og vitenskapelig erfaring som former vår livsverden (Thompson, 2007, s. 34).

### **2.2.2 Fenomenologi og epoché**

Ifølge Carman (2014), er fenomenologi “an attempt to describe the basic structures of human experience and understanding from a first person point of view, in contrast to the reflective, third person perspective that tends to dominate scientific knowledge and common sense” (Carman, 2014, s. viii). Det vil si studie av invariable strukturer eller essenser av erfaringer. Som Merleau-Ponty (2014) sier: “Phenomenology is the study of essence (...) And yet phenomenology is also a philosophy that places essence back within existence ...” (s. xx). Merleau-Ponty var orientert mot menneskers levde erfaring i en konkret verden og beskrivelser av erfaringer slik de er levd. Han ville plassere essens tilbake i eksistensen, fordi hvis vi vil forstå menneske må vi starte fra faktisiteten til menneske gjennom levd erfaring (2014, s. xx). Vi kan ikke bringe frem essensen hvis vi som i naturvitenskapen forsøker å stille oss utenfor erfaringen av fenomenet. For ifølge Merleau-Ponty (2000), er det slik at “vitenskapen manipulerer tingene og avstår fra å bebo dem” (s. 9). Fremfor å spørre hva ting er, så spør fenomenologer om hvordan fenomener er gitt for oss og om hva som er det essensielle med fenomenet som studeres. Det er ved direkte beskrivelser ifølge Giorgi (2009), at vi kan identifisere invariable strukturer eller essenser av bestemte erfaringer til et fenomen og ikke ved å bestemme identiteten til ting ved kausale årsaksforklaringer.

Ifølge Giorgi (2009) anvendes en fenomenologisk metode for å undersøke erfarte objekter slik de eksisterer for bevisstheten som fenomener. Fenomener er således et hvilket som helst objekt så lenge det er sett fra perspektivet til en bevissthet (Giorgi, 2009, s. 93). Husserl tydeliggjør gjennom sin filosofiske metode hvordan vi kan undersøke fenomener gjennom "free imaginative variation" ved å fantasifullt prøver ut forskjellige aspekter av fenomenet for å bestemme hvilke aspekter som er essensielle for fenomenet vi undersøker. Dette for å gripe essensen eller invariable strukturer til et erfart fenomen.<sup>21</sup> Hvis vi eliminerer et aspekt som får fenomenet til å kollapse, så er det essensielt for fenomenet, men hvis det ikke endrer fenomenet så er det ikke essensielt (Giorgi, 2009). "Imaginative variation" hjelper oss til å ta vekk det som ikke er essensielt for å beskrive det som gjør et fenomen til det fenomenet det er og hvis noe sentralt tas vekk, medfører at fenomenet slutter å være det det er.<sup>22</sup>

For å studere beskrivelser i førstepersonsperspektivet kan vi ifølge Giorgi (2009, s. 87), innta en "fenomenologisk holdning". I den konkrete forskersituasjonen tilsidesettes eller parentessesettes teoretisk og praktisk forutinntatthet og antakelser om fenomenet som studeres. I den naturlige holdning tas verden for gitt, den er "simply there for me, 'on hand'" (Husserl & Welton, 1999, s. 60). Skrittet fra naturlig holdning til en fenomenologisk holdning er ofte referert til som parentessetting eller *epoché*. Ifølge Zahavi (2003) innebærer epoché å suspendere sin aksept av den naturlige innstillingen, ved å endre innstillingen til virkeligheten som i den naturlige innstillingen tas for gitt. Ved å forsøke å sette tatt for gitt kunnskaper om det fenomenet vi forsker på i parentes så kan vi ifølge Giorgi (2009), vie en kritisk oppmerksomhet til den pågående erfaringen. Det innebærer ikke at forskeren skal glemme alt om fenomenet som

---

<sup>21</sup> Ifølge Heidegger (1962) betyr fenomen "that which shows itself in itself", det åpenbare (s. 51) og logos betyr "discourse" der det som talen omhandler blir åpenbart (s. 32-33).

<sup>22</sup> Ifølge Husserl, "The essence proves to be that without which an object of a particular kind cannot be thought, i.e., without which the object cannot be intuitively imagined as such" (Husserl & Welton, 1999, s. 293).

studies. Det betyr ifølge Giorgi (2009, s. 92), at vi ikke lar tidligere erfaringer om fenomenet vi studerer influere den pågående erfaringen.

### **2.2.3 Livsverdentilnærming til helse**

Well-being er et teoretisk begrep, men hva slags erfaring refererer det til og hvordan kan opplevelsen av well-being bringes frem før indeksert og inkludert i helseteorier? Hvordan kan vi få frem de erfaringsnære dimensjoner ved positiv psykisk helse slik de er erfart, levd og kommunisert i hverdagen? Til forskjell fra tredjepersonsperspektivet som forklarer hva som er fornuftige helsefremmende valg, er fenomenologer opptatt av å beskrive fenomenet fra et førstepersonsperspektiv i form av den betydning det har for de som erfarer fenomenet. Et fenomenologisk perspektiv beskriver fenomenet slik det er meningsfullt i en "menneskelig relasjonell verden" (Todres, Galvin og Dahlberg, 2007, s. 55). Utdraget er hvorvidt en klarer å bevare essensen av forskjellige aspekter ved well-being som levd erfaring i det teoretiske grunnlaget i psykisk helsearbeid (jf. delstudie 2).

Todres, Galvin og Dahlberg (2007; 2014) har utviklet et fenomenologisk forskningsprogram der de bestreber å forankre praksisfeltet i menneskers livsverden. De fokuserer på positiv helse og menneskers potensiale for well-being. Ved å fokusere på well-being blir lidelser og sykdom til fenomener som begrenser eksistensielle muligheter for å være engasjert i verden og i fremtiden. Det vil si begrenser menneskers evne til å bruke sitt potensiale for å realisere vitale mål (Nordenfelt, 1995) og til å gi livet mening (Frankl, 2007; van Spijk, 2015). Ved å snu fokuset mot well-being og til måter vi erfarer verden, bringer Todres, Galvin og Dahlberg frem menneskers livsverden som grunnlag for helsearbeid. De viser at en bredere oppmerksomhet på personers livsverdener kan bidra med komplekse beskrivelser av well-being, som springer utover skalaer for å måle well-being følelsesmessig, psykologisk og sosialt. For å bringe well-being frem før kategorisering presenterer Todres, Galvin og Dahlberg forskjellige eksistensielle dimensjoner for å gripe well-being i menneskers livsverden. Romlighet, temporalitet, intersubjektivitet, stemninger, identitet og kroppslighet utgjør en typologi av slike eksistensielle dimensjoner (Todres, Galvin & Dahlberg, 2007; Dahlberg, Todres og Galvin, 2009).

Mennesker er nedsenket i forskjellige sosiale situasjoner og har med seg forskjellige erfaringer, slik at helsefremmende valg må situeres. I et livsverdenperspektiv kan hva som er helsefremmende fortone seg forskjellig fra person til person og fra situasjon til situasjon. Van den Berg viser oss dette (jf. artikkel I) og Todres, Galvin og Dahlberg (2007) med sin livsverden tilnærming, understreker relevansen av van den Berg. Van den Berg fremmer et filosofisk alternativ der verden og personen ikke kan skilles som to separate entiteter. Til forskjell fra Næss (2001) sitt perspektiv på livskvalitet som ikke direkte observerbare intrapsykiske tilstander, så viser van den Berg oss hvordan vi kan få tilgang til andres menneskers livsverden gjennom beskrivelser av hvordan de erfarer tingene og verden rundt seg. Van den Berg viser at well-being er en tilstand som ikke er introspektiv, men er intimt knyttet til hvordan verden rundt personen er konstituert. Når van den Berg (1972) sitter i sin leilighet med fyr på peisen og en åpen flaske vin og venter på en god venn, så er hele rommet fylt av forventninger om gode samtaler. Som Merleau-Ponty (2014) skriver: "The interior and the exterior are inseparable. The world is entirely on the inside, and I am entirely outside of myself". Vi er kropper som bebor verden og en eksistensiell tilnærming forsøker å beskrive erfaringer gjennom "levd rom", "levd tid" og "levd verden" fremfor å finne årsaksforklaringer av erfaringene (Merleau-Ponty, 2014, p. xx). Slike eksistensialer er helt nødvendige for å forstå den menneskelige eksistens i verden. Det vil si at et livsverdenperspektiv på psykisk helse som well-being, søker å bringe frem hvordan psykisk helse erfares, leves og kommuniseres av mennesker i hverdagslige situasjoner. Todres, Galvin og Dahlberg (2007) ser sin livsverdentilnærming som en menneskeliggjøring som kan modere troen på teknologiske løsninger. Det er en tilnærming som er lydhør til hva som opptar mennesker i den situasjonen de lever i.

#### ***2.2.4 Første-, andre- og tredjepersonsperspektivet***

Fenomenologiens vektleggingen av førstepersonsperspektivet innebærer nødvendigvis ikke en motsetning til tredjepersonsperspektivet. En gjenfortelling av Buytendijks historie (1957) om den tørste fotgjenger kan illustrere forskjellen mellom førstepersonsperspektivet og tredjepersonsperspektivet: Sliten etter en lang tur når en tørst fotgjenger et vertshus og bestiller noe å drikke. For fotgjengeren blir drikken som er bestilt, men ennå ikke mottatt, identisk med hans tørst. Tørsten fester seg til glasset,



rommet og servitøren. Når fotgjengeren utålmodig oppfordrer en treg servitør til å få opp farten, fester tørsten seg i forholdet mellom de to mennene og farger tonen i deres interaksjon. Det slår en kunde som sitter og betrakter hele scenen hvor mye fotgjengeren er fanget av sin tørst og hvordan han haster frem bestillingen ved å oppfordre servitøren til å skynde seg. Oppsummert kan vi si at tørsten er i hele situasjonen, men arter seg forskjellig for alle tre personene. I situasjonen bringes tørsten frem i førstepersonsperspektivet gjennom vandrers erfaring av å være tørst, i andrepersonsperspektivet gjennom hvordan dialogen mellom vandreren og servitøren er farget av tørsten og i tredjepersonsperspektivet gjennom kunden som betrakter det hele som en tilskuer. De tre perspektivene har hver sin rolle og er dermed komplementære.

Toombs (1990; 1992) tydeliggjør forskjellen mellom førstepersonsperspektivet og tredjepersonsperspektivet. Hun viser at pasienters erfaringer med lidelse og en leges konseptualisering av en sykdomstilstand kan tilhøre to forskjellige nettverk, og hvordan relasjonen mellom dem kan forstås gjennom fire nivåer for hvordan lidelse og sykdom bringes frem. Toombs refererer til Sartre som identifiserer fire forskjellige nivåer av lidelse og sykdom som belyser hvordan erfart smerte blir til objektiv smerte (jf. Svenaeus, 2009). Først beskriver Toombs den pre-refleksive erfaring der pasienten blir oppmerksom på lidelsen. På dette nivået er smerte kroppen. På det neste nivået blir den umiddelbare opplevelsen til lidd lidelse. Pasienten lokaliserer smerter som eksempelvis smerter i brystet. Det er på det neste nivå, når pasienten forstår lidd lidelse som en sykdom, at lidelse endrer karakter. Med å forstå lidd lidelse som en sykdom tilfører pasienten lidelsen biter av andre kunnskapskilder. For eksempel når pasienten sier at jeg har et hjerteinfarkt, så har pasienten en medisinsk forståelse. Det siste nivået er tredjepersonsperspektivet som har utspring i legens nettverk hvor hjerteinfarkt er en diagnose som beskriver fenomenet uavhengig av individets erfaring. Subjektive vurderinger er fjernet og den medisinske kunnskapen er tilsynelatende fri fra referanser

til individets erfaringer som en uavhengig entitet<sup>23</sup> (Depraz, Varela & Vermersch, 2002).

I hverdagslivet er det en interaksjon mellom de fire forskjellige nivåene i hvordan vi bringer frem sykdom. Overgangen fra lidd lidelse til sykdom er derfor noe mer enn kun å sette et navn på erfaringer. Objektive fakta fra et kunnskapssystem som er forankret i helsefag bringes inn som en del av erfaringen. Vi forstår lidd lidelse gjennom vitenskapelige begreper og mennesker blir *homo patologicus* som lider på en vitenskapelig måte (Svenaesus, 2013). For eksempel brystmerter begynner å oppleves som “Heart-attack-should-have-a-surgery” (Engelhard, 1982, s. 147). Det vil alltid være et samspill mellom levd erfaring og kategoriene vi bruker for å forklare fenomener. Slike kategorier er interaktive og bidrar til å forme hvordan vi opplever lidelser eller velvære (Hacking, 1999). Menneskers selvoppfattelse henger sammen med rådende klassifikasjoner og beskrivelser. De former hverandre i en dynamiske interaksjon.

Som jeg skal komme tilbake til i diskusjonsdelen av avhandlingen, så kan det være en utfordringen at stadig flere av menneskers erfaringer blir omgjort til helse i det fremvoksende helsefremmende samfunnet. Det aktualiserer Husserls kritikk om at vitenskapen glemmer det essensielle ved å være menneske. Det innebærer ikke at jeg avviser en vitenskapelig rasjonalitet, men at jeg ønsker å vise at vi kan få bedre forståelse av psykisk helse hvis vi også bringer frem erfaringer i menneskers livsverden fra et førstepersonsperspektiv. Som jeg skal komme tilbake til i metoddelen, så har Giorgi utviklet en metode for å bringe frem erfaringer på en vitenskapelig måte.

---

<sup>23</sup> Den vitenskapelig objektivering bringer ifølge Depraz, Varela & Vermersch, (2002) ikke frem fakta uavhengig av den strukturen forskere er en del av som sosiale aktører. Tredjepersonsperspektivet er oppnådd og generert av et fellesskap med bevisste individer og det er derfor ikke et rent tredjepersonsperspektiv (Gallagher & Zahavi, 2012, s. 21).



## 3 Datainnsamling og metode

Dette kapittelet presenterer forskningsmetodene som er brukt i de to delstudiene som ligger til grunn for avhandlingen. I delstudie 1 gjennomførte jeg et feltarbeid der jeg intervjuet familier på tur i skogen om deres opplevelser av positiv psykisk helse. Jeg valgte å studere familie på tur i skogen fordi jeg ville studere psykisk helse slik det erfarer i sosiale situasjoner uavhengig av helsefeltet. Det vil si å skape en forskningssituasjon der fenomenet positiv psykisk helse er tilstede slik det er levd, erfart og kommunisert i en sosial situasjon i hverdagen. For å analysere dataene har jeg brukt Giorgis beskrivende fenomenologisk metode. Etter å ha presentert datainnsamlingen og Giorgis metode vil jeg presentere metoden som ligger til grunn for delstudie 2. Metoden er en rasjonell rekonstruksjon som lar oss sammenlikne teorier på tvers av tid. Det er en metaanalyse av teori der jeg bringer Sullivans relasjonelle perspektiv på psykisk helse og psykisk helsearbeid, inn i en dialog med teorier som er styrende i feltet i dag.

### 3.1 Datainnsamling

#### 3.1.1 *Feltarbeid*

I utformingen av delstudie 1 var utfordringen å finne måter å studere positiv psykisk helse slik det erfarer i hverdagslivet. I Norge er familie og det å være på tur i naturen ansett som to viktige kilder til positiv psykisk helse (Fugelli & Ingstad, 2009; Miljøverndepartementet, 2009). Familier på tur i skogen fremsto derfor som et rammeverk for et feltarbeid for å undersøke erfaringer med positiv psykisk helse. Feltet i studien er tur i skogen der familiene er forbundet i en sosial situasjon. Med andre ord så er tur i skogen et felt for intersubjektiv interaksjon (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). På den bakgrunn utformet jeg et feltarbeid der jeg ønsket å være “deltagende i erfaringene” til familiene ved å være tilstede i tid og rom, for å samtale med dem om hva de erfarer mens de lever igjennom fenomenet (Friberg & Öhlén, 2010). Gjennom å trekke frem det å være deltakende i erfaringene, så vektlegges et fenomenologisk perspektiv. Dette feltarbeid er således ikke en form for naturalisme der fenomenet representeres slik det eksisterer uavhengig av menneskers erfaringer (Gubrium & Holstein, 1997). I stedet ble feltarbeidet utformet for å avdekker fakta om fenomenet psykisk helse slik det eksisterer og erfarer for familiene i en relasjonell situasjon.

Fokuset var på familien som en samspillende enhet, for å forstå hva samhandling går ut på og hva hensikten med samhandlingen er (jf. Wadel, 1991).

Det å oppsøke familier på tur eller å bli med dem på tur kan forankres i en type feltarbeid som kalles "go-along" (Carpiano, 2009). Det er en metode som muliggjør å studere relasjonelle situasjoner og er ofte brukt for å studere stedets betydning for helse. Ved å følge informanter i deres daglige aktiviteter får vi en mulighet til å kontekstualisere beskrivelser (Czarniawska, 2007; Ingold & Vergunst, 2008; Kusenbach, 2003). For eksempel kan man gå sammen med informanter i nabolaget, i butikken, til parker eller ut i skogen og samtidig stille spørsmål og observere hvordan de erfarer, fortolker og praktiserer slike miljøer (Carpiano, 2009). Det vil si at man kan studere mennesker i interaksjon mens fenomenet pågår. Det er en romlig praksis hvor forskeren kan observere, få tilgang til erfaringer og informanters tolkninger av fenomenet slik det utfolder seg i tid og rom. Metoden muliggjør å bringe frem hvordan familier erfarer miljøet rundt seg og hverandre.

Selv om jeg observerte og gjorde noen feltnotater så var dette feltarbeidet rettet inn mot å intervjuere familier. Intervjuene var uformelle og åpne og tok form som samtaler om det som oppleves som positivt ved å være på tur i naturen. En slik form for dialogisk intervjuing som likner på hverdagslige samtaler er egnet for feltarbeid, der feltarbeideren engasjerer seg med de menneskene som han eller hun møter i feltet (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). Det å samtale med familier på tur er ikke ment som en erstatning for langvarig feltarbeid eller deltakende observasjon. "Go-along" som datainnsamlingsmetode er ikke en forenklet form av deltakende observasjon, men kan være nyttig når langvarig deltakende observasjon ikke er mulig eller ønskelig (Kusenbach, 2003). Når det er vanskelig å være på rett sted og "når det skjer" (Lien, Nustad & Ween, 2012), så er go-along en metode som gir oss mulighet til å oppsøke fenomenet der det skjer. På den måten er metoden egnet når forskeren vil være til stede i informantens "naturlige" miljø for å stille spørsmål, lytte og observere, utforske livsverdener og sosial praksiser der fenomenet utfolder seg (Kusenbach, 2003). Det vil si å skape en intersubjektiv situasjon for utveksling av ideer, erfaringer og en felles grunn gjennom dialog (jf. Jackson, 1996, s. 8). Feltarbeidet er med andre ord en måte å

komme ut for å tenke sammen med mennesker og ikke om mennesker (Ingold, 2011). Familier får mulighet gjennom samtaler å forholde seg til hva de opplevde og hva som foregikk. De var således mine læremestere og samtalepartnere (jf. Wadel, 1991).

### **3.1.2 Rekruttering**

Rekrutteringen til studien foregikk ved at jeg på lørdager og søndager oppsøkte familier i skogen ved en innsjø. Det tok omtrent 30 minutter å gå dit på en skogsvei og jeg brukte litt tid på å observere hvordan familiene gikk sammen opp mot innsjøen til fots eller på ski. Oppe ved innsjøen fant familier seg en plass for å spise og for å være sammen. Antall familier som var oppe ved innsjøen kunne variere. Noen ganger var det flere familier der, mens andre ganger var det ingen familier der. For eksempel var det få familier før snøen kom i november og i desember, mens tidligere på høsten og på våren kunne det være mange familier. Ved innsjøen tok jeg kontakt med det som kunne se ut som familier. Jeg spurte om de ville delta i en samtale om hva de opplevde som bra med å være på tur sammen som en familie og hvordan de opplevde det som fint å være på tur sammen.

En utfordring er at familie er et komplekst og mangefasettert fenomen og en universell definisjon av familien kan være vanskelig. Det finnes en rekke ulike familiekonstellasjoner som to biologiske foreldre med barn, enslige forsørgere som aldri har giftet seg, skilt eller separert, andre og tredje gangs ekteskap som danner komplekse blandede familier, homofile og lesbiske foreldre, barnløse familier, gifte og ugifte par og så videre (Freeman & Zabriskie, 2002). I tråd med en fenomenologisk forståelse av "familien" la jeg til grunn hvorvidt de opplevde å være en familie. Jeg spurte ikke familiene om de var biologisk i slekt, men om de anså seg som en familie. I noen av intervjuene var en bror eller søster til foreldrene med, i noen av intervjuene var det to familier sammen og i et intervju var tre familier sammen på tur. Jeg intervjuet bare familier som inkluderte barn eller ungdom. De fleste av familiene jeg møtte var familier på tur med små barn, med unntak av noen få familier der tenåringer var med. Jeg ekskluderte med andre ord familier uten barn og inkluderte et par intervjuer med flere familier som var på tur sammen. Familiene i studien utgjør derfor ikke et representativt

utvalg som avspeiler den totale befolkningen i Norge, de utgjør det som kan kalles et samspillende utvalg (Wadel, 1991).

Samtalene med familiene varte fra ca. 10 til 30 minutter. Slike korte dialoger kan sies og kun produsere innledende refleksjoner fra de som blir intervjuet og graver ikke i dybden og i bredden i deres erfaringer. For å få mer dybde og bredde i dataene skapte jeg en supplerende forskningssituasjon, der jeg gikk sammen med familier på tur inn i skogen. Jeg rekrutterte to forskjellige familier til en slik tur, gjennom bloggene de skrev på internett om natur og om det å være familie på tur. Jeg var med de hjemmefra og intervjuene varte omtrent 2 timer og ble gjennomført sittende rundt et bål ute i skogen. Alt i alt har jeg gjennomført 24 intervjuer med i overkant av 100 individuelle familiemedlemmer høst, vinter, vår og høst 2011-2012. Intervjuene foregikk noen ganger stående, noen ganger med ski på beina og andre ganger sittende ved bålet gjennom varierende vær som varmt, skyfritt, regnvær, tåke, surt og grått høstvær med mye vind og på vinterstid ned mot -10 grader og snø. Familiene hadde som oftest tent bål og det var vanlig at de stekte pølser, pannekaker eller pinnebrød på bål eller primus. Alle familiene fikk informasjon om studien og undertegnet en samtykkeerklæring. Foreldrene samtykket der barnet ikke kunne skrive selv. Jeg brukte en digital opptaker for å ta opp samtalene og jeg transkriberte alle intervjuene selv. Av og til kunne det være vanskelig å høre hva som ble sagt på opptakene når det var mye vind og det kunne være vanskelig å skille mellom hvem som sa hva, særlig når flere personer snakket samtidig.

### ***3.1.3 To forskningssituasjoner***

Jeg opplevde at det var en forskjell mellom de samtalene jeg hadde med familier som jeg oppsøkte og de familiene jeg var med på tur. Jeg følte det ofte som jeg forstyrret de familiene jeg oppsøkte når de satt ute i skogen rundt et leirbål og grillet pølser, eller var opptatt med slike ting man er opptatt av når man er på tur. Som regel startet jeg samtalene med å si “unnskyld kan jeg forstyrre dere litt. Jeg holder på med en studie om hva som oppleves som bra med å være familie på tur og lurer på om dere har tid til en liten samtale om dette med meg?” og avsluttet ofte med at “takk, nå skal jeg ikke forstyrre dere lenger”. Selv om alle familiene jeg møtte var imøtekommende og jeg

hadde mange fine samtaler, så ble jeg aldri en deltaker av turen til de familiene jeg oppsøkte. Det var derfor en utfordring å få samtalen til å bli noe mer enn høflige refleksjoner om hva de tenkte om det å gå på tur, fremfor beskrivelser av hva de opplevde. En svakhet er derfor at i korte møter kan informanter begynne å tolke verden for forskeren (Rabinow, 1977). Foreldrene kunne også begynne å tolke barnas opplevelser for barna ved å fortelle hva de tror barna opplever i skogen, spesielt for de aller minste barna. I familier med små barn var det foreldrene som snakket. I familier med barn i skolealder var barna litt mer aktive, men i de intervjuene jeg oppsøkte familier i skogen var det først og fremst foreldre som pratet på vegne av familien.

Det var lettere å få beskrivelser når jeg var med familier på tur. Barna ble mere inkludert i samtalen og jeg følte ikke at jeg forstyrret familiene. Det ga meg mulighet til å observere hva familien gjorde sammen på tur og jeg hadde bedre tid til å få dem til å beskrive sine opplevelser. Familiene hadde forberedt litt mat for oss alle og barna hadde blitt informert om at en forsker skulle være med på turen. Da jeg møtte familiene hjemme hos dem var de forberedt på å gå ut og det var de som bestemte hvor vi skulle gå. Det å møte familiene før turen, lære navnene og å gå sammen til bålplassen, ga meg en mulighet til småprat foran intervjuene. Således var det en måte å bli kjent med familiene, samt å se hvordan de samarbeidet underveis og en fin måte å kontekstualisere intervjuene. Det ga meg en mulighet til å skape et tryggere miljø og for å være mer samstemt med familiene.

I de to intervjuene hvor jeg var med på tur var barna viktige bidragsyttere i intervjusituasjonen og de kunne bekrefte foreldrenes utsagn eller korrigere hvis de ikke var enige. Min opplevelse var at det å sitte rundt bålet med familier på denne måten skapte en situasjon for refleksjon og jeg begynte å bli kjent med de forskjellige familiemedlemmene. Jeg erfarte det som hyggelig å sitte ved bålet sammen med familiene og jeg kunne observere hvordan de ivaretok hverandre ved å sitte tett sammen, hjalp hverandre, hvordan de inkluderte hverandre i samtalen og i aktiviteter som bålfyring og matlaging. Således opplevde jeg familiene som en samhandlende enhet der de individuelle familiemedlemmene var med på å skape et fellesskap. Familiene forhandlet frem og beskrev ”virkeligheten” mer som en gruppe til forskjell



fra individuelle forskningsintervju der individet tolker og beskriver sin ”virkelighet”. I familienes fellesforståelse var det liten tvil om at foreldrenes holdninger dominerte, noe som også må ses i forhold til at det å gå på tur i skogen også er en form for verdioverføring mellom generasjoner (jf. artikkel II).

#### **3.1.4 Forskerens rolle**

Min tilstedeværelse påvirket forskningssituasjonene på flere måter. Foreldrene måtte håndtere både dialogen med meg og det å passe på barna, lage mat samt ordne med andre ting. I slike intervjusituasjoner kan den som intervjuer bli for opptatt med sin egen opplevelse og klarer således ikke å tune inn på familiens opplevelse. Da kan intervjueren bli fristet til å stille ledende spørsmål som søker etter svar på egne forutinntatte meninger om fenomenet og familien er da ikke lenger mennesker i en hverdagslig situasjon, men som et objekt for forskning (jf. Schutz, 1972, s. 141). I et forsøk på å unngå dette forsøkte jeg å skape en dialog der vi utforsket fenomenet sammen i en form for ”aktiv intervju” (Holstein & Gubrium, 1995). Aktiv intervju er således ikke en nøytral metode. Målet er lære av informantene der informasjon produseres i møte mellom forsker og informant (Holstein & Gubrium, 1995). En kritikk mot en aktive intervjuer er at det kan medføre mange bias, men en slik påstand er relatert til en naturalistisk holdning (Gubrium & Holstein, 1997). I en naturalistisk holdning blir det som er sagt i intervjuet ansett som ren informasjon som avdekker sannheten om situasjonen, men målet i fenomenologien er ikke å tvile på om opplevelsen er ”riktig” og stemmer overens med en objektiv verden. Målet er å beskrive hvordan fenomenet fremtrer for bevisstheten før det er underlagt teoretiske og konseptuelle utarbeidelser (Giorgi, 2009).

Ifølge Giorgi (1985) kan ikke forskeren unngå en intervensjonsposisjon (s. 33). For selv om aktiv intervju fortoner seg som en samtale er den ikke uten retning, hensikt eller plan. Samtalene var styrt av min agenda og mitt forskningsprosjekt og jeg presenterte strategisk de emnene som ble utforsket hvis samtalen dreide vekk fra temaet. For å møte familiene mest mulig uten fordommer hadde jeg ikke en hypotese eller noen spesifikke teorier i forkant av intervjuene. Jeg forsøkte å sette til side mine tatt-for-gitt-teorier og tidligere kjennskap til fenomenet i det som jeg tidligere har beskrevet som ”epoché”.

Dette for å se fenomenet med nye øyne. Jeg hadde en vag ide på forhånd om hva fenomenet positiv psykisk helse innebærer, noe som er nødvendig og legitimt i beskrivende fenomenologi (Englander, 2012). For som Merleau-Ponty (2014) skriver, “vi trenger å vite hva vi ser etter, ellers ville vi ikke gå for å se etter det”, men samtidig “vi trenger å være uvitende om hva vi ser etter, eller igjen så vil vi ikke gå å se etter det” (s. 30, min oversettelse<sup>24</sup>). Selv om jeg visste at det var positiv psykisk helse på tur i skogen som var mitt tema, så utformet jeg derfor ikke en detaljert intervjuguide. Jeg ønsket å ha en åpen dialog for å få frem hvordan familiene selv beskrev sine erfaringer, fremfor å stille spørsmål etter et gitt system for å skape en nøytral forskningssituasjon.

Intervjuene foregikk som en samtale der jeg stilte spørsmål rundt hva familiene opplevde som fint med å være på tur i skogen sammen som en familie. Jeg startet samtalen med å spørre hvordan de opplevde det som bra med å være på fotturer sammen som en familie. Hvis samtalen stoppet opp eller dreide inn mot andre temaer enn positive opplevelser, stilte jeg spørsmål som skulle trekke samtalen mot opplevelsen av å være sammen på tur. Eksempel på spørsmål jeg stilte er: Kan dere si noe om hva opplevelsen av å være på tur er for dere, hvordan det føles? Kan dere si hva det er som er fint med det å være ute og oppleve naturen? Hva er det som er så fint med å være sammen på tur i naturen? Hva har naturen å tilby som gjør det fint å være sammen? Er dere ofte på tur? Hva er det som gjør det vanskelig å komme seg ut på tur? Hva er det som er fint med å være ute? På den måten forsøkte jeg å spore fenomenet. Det kunne være vanskelig å tilsidesette mine egne teorier om hvorfor familier går på tur i skogen fordi familiene ofte antok at jeg forstod hva de mente og at jeg med lik kulturbakgrunn har et positivt forhold til å være ute i naturen. Jeg var selv på en del turer i skogen som barn på søndager med min familie og jeg liker å gå på tur i skogen eller på fjellet, så mye av det som familiene sa var gjenkjennbart. Jeg forsøkte derfor å aktivt lytte til

---

<sup>24</sup> “...we need to know what we are looking for, otherwise we would not go looking for it ... we need to be ignorant of what we are looking for, or again we would not go looking for it” (Merleau-Ponty, 2014, s. 30).

familiene for å holde mine egne oppfatninger utenfor og for å forsøke å forstå hvordan de opplever sin verden når de er på tur.

I de korte intervjuene var jeg der som forsker som stilte spørsmål og de skulle svare og det kunne fort bli en enveis dialog (Kvale, 2006). En svakhet kan da være at familier forteller det de tror er korrekt og som de tror intervjueren eller de andre familiemedlemmene ønsker å høre. Dette kan være et problem i intervjusammenfunnet der vi alle er blitt intervjuet i jobbsammenheng eller ser hvordan intervjuer foregår på fjernsyn. Jeg forsøkte å unngå dette ved å fokusere på familienes egne opplevelser, noe som kunne være vanskelig når det var to eller flere familier tilstede. Dette fordi samtalen da kunne dreie mot hva de mener er bra med å gå på tur, noe som tar fokuset vekk fra opplevelse av å være på tur. De lengre intervjuene der jeg var med familiene på tur ga en annen stemning når jeg satt sammen med de rundt bålet. Jeg ble kjent med familiene på en annen måte ved å være sammen med dem på tur. Selv om familiene kanskje kan ønske å fremstå som en lykkelig enhet på tur, så opplevde jeg at det å sitte rundt bålet åpnet opp for å dele tanker. I en slik situasjon ble forskerrollen ikke å være en nøytral observatør, men å være deltager for å kommunisere med familiene for å få tilgang til deres meningsfulle erfaringer.

### **3.2 Giorgis beskrivende fenomenologiske metode**

Samtalene i feltarbeidet ble analysert med Giorgis beskrivende fenomenologiske metode. Giorgi har videreutviklet Husserls filosofiske fenomenologiske metode til en konsistent psykologisk metode. Det vil si han har utviklet en metode der fenomener slik de erfarer kan undersøkes og beskrives på en vitenskapelig måte. Det første vi må gjøre ifølge Giorgi (2009), er å skape en forskningssituasjon der vi kan få beskrivelser fra andre. Vi kan innhente beskrivelser ved samtaler, intervjuer eller ved å be folk om å skrive beskrivelser av fenomenet. Slike beskrivelser er ikke vitenskapelige i seg selv og vi trenger en metode for å bringe den essensielle meningsstrukturen til fenomenet frem. Med andre ord er det en metode for å transformere beskrivelsene som ivaretar vitenskapelige kriterier. Giorgis fenomenologiske deskriptive metode inneholder fire

trinn for å analysere datamateriale og som jeg har brukt i analysen av intervjuene med familier på tur i skogen.

Først leste jeg igjennom alle samtaleene som jeg hadde innhentet fra familier og transkribert, for å få en følelse av helheten. Jeg leste disse tekstene flere ganger samtidig med at jeg forsøkte å sette mine egne teorier og forutinntatthet om fenomenet ut av spill for å være åpen for de måter fenomenet viser seg. Da jeg hadde fått en forståelse av hva tekstene handlet om gikk jeg videre i analysen til trinn to. Jeg leste hver tekst på nytt og merker av i teksten der jeg opplevde spontane endringer av betydning, slik at teksten ble delt inn i meningsenheter. Dette er ikke en intellektuell inndeling med en fasit på hva som skal inn i hver meningsenhet, men en inndeling ut i fra en spontan følelse av endringer i betydningen i teksten slik det kommer til uttrykk for leseren. Det er med andre ord ikke tematiske kategorier det letes etter, men mening. I trinn tre omskrev jeg meningsenhetene til et sammenhengende språk ved å reflektere over hver enkelt av meningsenhetene. Gjennom å lete etter variasjoner i meningsenhetene, prøvde jeg ut forskjellige formuleringer for å få frem invariante betydninger. I denne prosessen omskrev jeg alle førstepersons uttalelser til tredje person. Dette for å unngå faren for at jeg skulle projisere meg selv inn i situasjonen (Giorgi, 2006). I det fjerde trinnet ble alle de bearbejdede meningsenheter syntetisert til en konsistent essensiell meningsstruktur. Det er den essensielle meningsstrukturen som holder dataene sammen og bærer en forståelse av det studerte fenomenet frem.

### **3.2.1 Validitet**

Validiteten i analysen er ifølge Giorgi, å skrive om forskjellen mellom beskrivelser og interpretasjon. En deskriptiv tilnærming forsøker å beskrive fenomenet slik det viser seg uten å tillegge noe eller å trekke noe fra, mens interpretasjon innebærer at en tillegger mening til fenomenet (Giorgi, 1992). Validiteten i den essensielle meningsstrukturen undersøkes for å se om den ligger nært opp til dataene (de transkriberte intervjuene) og at det ikke projiserer noe inn i meningsstrukturen. Det vil si at jeg forsikret meg om at kilden til meningsstrukturen lå i dataene og ikke i mine egne fortolkninger. Med andre ord hvis den essensielle meningsstrukturen ikke kan bekreftes i tekstene, så er det uttrykk for at forskeren projiserer inn sine fortolkninger. Det som står i den essensielle

meningsstrukturen må derfor finnes igjen i alle intervjuene, for hvis det ikke gjør det, så tilhører det ikke essensen i opplevelsen av fenomenet. Således korresponderer ikke validiteten i den essensielle meningsstrukturen med en ekstern virkelighet, men med måten den er frembragt på.

Det innebærer at det empiriske materialet er en vei for å få tak i meningen med fenomenet, men dataene er ikke meningen. Meningen er i den essensielle meningsstrukturen. Den essensielle meningsstrukturen er ikke en fortolkning ifølge Giorgi (2009), for vi holder oss til det som er gitt i dataene gjennom beskrivelser. Ifølge Giorgi (1997) kan slike skriftlig essensielle meningsstrukturer som utgjør fenomeners essens, bli sammenlignet med det som kalles den standardiserte tendensen i statistikk. For den essensielle meningsstrukturen vektlegger det generelle og ikke det partikulære. Det er hva som er typisk for fenomenet som blir beskrevet på en innsiktsfull og integrert måte og innebærer en bevegelse fra det individuelle til det mer generelle som kommer frem i den essensielle meningsstrukturen. For Giorgi (2009) overskrider den essensielle meningsstrukturen enkelttilfeller og kan generaliseres til liknede situasjoner, men den essensielle meningsstrukturen er ikke nødvendigvis universell gyldig. Den er situasjonsrelatert.

### **3.3 Rasjonell rekonstruksjon**

Delstudie 2 flytter fokuset fra erfaringene av psykisk helse til erfaringskunnskap i psykisk helsearbeid. Studien er en metaanalyse på teori. Jeg sammenliknet Sullivan som i den første halvdel av det forrige århundre fremmet et erfaringsnært perspektiv med vekt på at vi først og fremst er mennesker sammen med andre mennesker, med hvordan erfaringer får plass i dag, når brukere samarbeider med tjenesteapparatet der alle er eksperter. Rasjonell rekonstruksjon er en metode vi kan bruke for å lese og gjenopplive tidligere tenkere for å bringe dem inn i en samtale om filosofiske spørsmål i vår tid, og skiller seg fra en historisk rekonstruksjon (Onišćik, 2005). Det er med andre ord ikke en metode som forklarer årsakssammenhenger, men som kan bidra med å belyse om og eventuelt hvordan tidligere tenkere som Sullivan informerer den teoretiske forståelsen av psykisk helse i dag. Gjennom en “rational reconstruction” slik Onišćik (2005)

presenterer det, bringes Harry Stack Sullivans (1892-1949) interpersonelle teori inn i en dialog med de han har vært med på å inspirere i den såkalte antipsykiatrien, og i brukerbevegelsen.

### ***3.3.1 Dialog med Harry Stack Sullivan***

Sullivans interpersonelle teori er influert av hovedstrømmene i Amerika på begynnelsen av 1900-tallet med vekt på pragmatisme, empirisme og pluralisme representert av blant annet James, Meyer, Mead og Sapir (Ortmeyer, 1995). Selv om Sullivan anså Freud som den som influerte ham mest (Perry 1982, s. 226), så delte han med andre interpersonelle teoretikere en kritikk av at Freuds forklaringer ikke kunne observeres, høres eller føles. Sullivan<sup>25</sup> vektla folks egne erfaringer i interpersonelle situasjoner og problemer i livet skyldes vanskelige relasjoner med andre. Han så relasjonen mellom psykiater og pasient som en relasjon mellom to subjekter. For Sullivan er vi alle ”more simply human than otherwise” (Sullivan, 1953, s. 32). Vi lever i en verden der det vi gjør er influert av andre og influerer andre. Det er en verden der selvet og andre ikke kan bli skilt som to avskilte entiteter. Ifølge Sullivans (1953) interpersonelle teori kan ikke personlighet isoleres fra mellommenneskelige relasjoner og kulturelle kontekster. Sullivans perspektiv er, slik jeg forstår det, i stor grad et andrepersonsperspektiv.

I artikkel (V) som er en “rational reconstruction” slik Oniščik (2005) presenterer det, bringer Harry Stack Sullivans (1892-1949) interpersonelle teori inn i en dialog med Ronald David Laing (1927-1989) og Thomas Szasz (1920-2012) i den såkalte antipsykiatrien, og med den delen av brukerbevegelsen som identifiserer seg som konsumenter der egne valg, autonomi og mestring vektlegges. Individet skal i dag realisere seg selv, finne sitt indre potensial, mestre hverdagen, bearbeide sorg og lidelse (Brinkmann, 2012; Madsen, 2010). Det innebære som tidligere nevnt at i det såkalte

---

<sup>25</sup> I denne sammenheng er det interessant at fenomenologen van den Berg (1980) som presenteres i artikkel (I) i avhandlingen, hevdet at Sullivan var en fenomenolog selv om det for ham er åpenbart at Sullivan aldri har hørt om fenomenologi (s. 30).

helsefremmende samfunnet har individet i større grad ansvaret for den relasjonelle situasjonen de befinner seg i.

Perspektiver på psykisk helse som et individuelt fenomen blir utfordret fra et relasjonelt perspektiv. Som et relasjonelt fenomen er ikke psykisk helse statisk eller reduserbart til aktivitetene i hjernen eller til individuelle livshistorier. Sullivan illustrerer hvordan psykisk helse er et relasjonelt fenomen som fremkommer gjennom samhandlingsprosesser kontinuerlig i relasjoner med signifikante andre. I en rasjonell rekonstruksjon antas det at fenomener som psykisk helse endres over tid, men man kan sammenlikne perspektiver fra forskjellige tidsepoker. For psykisk helse er ikke et statisk fenomen og forsøk på å klassifisere hva psykisk helse er, speiler den konteksten som fenomenet iverksettes i. Psykisk helse er med andre ord et “bevegelig mål” som endres over tid, der klassifikasjonene er i interaksjon med folk og som kan medføre at folk endrer følelser og atferd i tråd med endringer i klassifikasjonene (Hacking, 1999). Det vil si at klassifikasjoner og menneskers opplevelse er i et dynamisk forhold og at psykisk helse erfares og klassifiseres forskjellig fra en tidsperiode til en annen.

Hvis både fenomenet og opplevelsen av fenomenet endres i takt, så er det vanskelig å finne tydelige årsakssammenhenger. Med andre ord så innebærer en komparasjon mellom tidsepoker en stor risiko for å skrive en “whiggish” fortolkning av historien (Butterfield, 1965). Det vil si at det ligger en antakelse om at historie følger en uunngåelig utvikling mot opplysning og fremskritt gjennom å bedømme den ut i fra nåtiden. Rekonstruksjoner av tekster fra tidligere tenkere er anakronistisk, men vi finner støtte for en slik historisk tilnærming hos Rorty som skriver at “such enterprises of commensuration are, of course, anachronistic. However, if they are conducted in full knowledge of their anachronism, they are unobjectable” (Rorty sitert i Oniščik, 2005, s. 245).

Artikkel (V) er en slik form for “rational reconstruction” der vi trekker inn tidligere tenkere i en samtale om filosofiske problemer i vår tid (Oniščik, 2005). Det vil si at vi hadde en idé på forhånd om hva vi ville diskutere. For vi var interessert i psykisk helse som et relasjonelt fenomen og vi så at Sullivan dukket opp i referanselistene til mange

av de som løfter frem relasjonell psykisk helse (Frie & Coburn, 2011, Aron, 1996; Orange, 2011; Stolorow, Orange & Atwood 2001; van den Berg 1974; Zucker, 1989). Sullivan fremmet både psykisk helse som et relasjonelt fenomen, men kan også ses som en foregangsfigur i å løfte frem brukerperspektivet og han er ansett som en sentral figur i recoverybevegelsen i psykisk helsearbeid (Davidson, Rakfeldt, & Strauss, 2010). Jeg startet derfor å lese Sullivan og fant at han på mange måter var en postmoderne psykiater *avant letre*, det vil si at han fremmet et postmoderne perspektiv før begrepet kom i bruk (jf. artikkel IV). Det var altså ikke helt tilfeldig at vi fant Sullivan som dialogpartner. For selv om Sullivan tilhørte en annen tid og en annerledes verden, er han for oss en som kan trekkes inn i dialogen om hvordan vi kan forstå psykisk helse som et relasjonelt fenomen.

Det er en fare ved å trekke tidligere tenkere inn i en dialog, at vi begynner å korrigerer tidligere briljante tenkere som om de var barn (Hacking, 2004, s. 27). I artikkel (V) var ikke hensikten å korrigerer Sullivan, men å sammenlikne hans komplekse perspektiv på psykisk helse som et relasjonelt fenomen med hvordan psykisk helse i dag først og fremst er en egenskap i individer. På samme måte som sosialantropologiske beskrivelser av andre tenkemåter og levemåter kan være en kulturell kritikk av særegenheter med egne levemåter og tenkemåter (Marcus & Fischer, 1986), så kan en komparasjon med tenkere som Sullivan få frem på bordet en kritikk av tanker som vi tar for gitt i dag. Sullivan selv var kritisk til sin egen kultur som fremmet individualisme og han var inspirert av amerikanske kulturanthropologer som han samarbeidet med.

For å avgrense har jeg strategisk valgt litteratur ut fra problemstillingen: Hvordan informerer erfaringskunnskap den teoretiske forståelsen av psykisk helse? Som bakgrunn for delstudie 2 har jeg lest Sullivan (Sullivan & Perry, 1964; 1970; Sullivan, Perry & Gawel, 1953), Beers (2006 [1908]), Peplau (1988 [1952]; Peplau, O'Toole & Welt, 1994), Laing (1967; 2010; Laing & Esterson, 1964) og Szasz (1970; 1998: 2010[1974]) sammen med støtte i sekundær litteratur av blant annet Cushmann (1995) om psykoterapi, Dowbiggin (2011) om psykisk helse, Crossley (1999; 2006; Crossley & Crossley, 2001) om brukerbevegelsen, Porter, (1989) og Scull (2011) om galskap, Bloom (2002) om medisinsk sosiologi, Ridenour (1961) om mentalhygienebevegelsen,



Grob (1991) og Miller & Rose (1986) om psykiatrien og Perry (1982), Chapman (1976) og Evans (1996) som begge har skrevet om Sullivan.<sup>26</sup>

Valget av Sullivan ble tatt på bakgrunn av de faktorene som er nevnt ovenfor, men min forforståelse spilte også inn. Ifølge Carr (1987) så finnes det et hav av historiske fakta, og hva som bringes frem kommer an på; hvilken del av dette uendelige havet historikere velger å fiske etter fakta. Fakta oppstår i nåtiden ifølge Carr, ved en interaksjon mellom historikeren og de kildene som velges ut. Det er derfor viktig å kritisk undersøke hvorfor forskere velger de faktaene som presenteres. Jeg er ikke noe unntak selv om jeg ikke er historiker. For det finnes andre teoretikere som kunne bli bragt frem og andre fakta som kunne vært vektlagt.

---

<sup>26</sup> På norsk har Dahl (1966) skrevet en inngående innføring i Sullivans interpersonelle psykiatri.

## 4 Oversikt over artiklene

I dette kapittelet presenterer jeg et sammendrag av de fem artiklene som inngår i avhandlingen og de funnene som belyser problemstillingen. Artiklene (I), (II) og (III) i delstudie 1 belyser hvordan psykisk helse er levd, erfart og kommunisert i hverdagen. Artiklene (IV) og (V) i delstudie 2 belyser spørsmålet: Hvordan informerer erfaringskunnskap den teoretiske forståelsen av psykisk helse. Kapittelet avsluttes ved en sammenstilling av artiklene der jeg viser en figur som illustrerer hvordan artiklene er relatert til førstepersonsperspektivet og tredjepersonsperspektivet.

### 4.1.1 *Artikkel (I)*

#### ***J. H. van den Berg (1914-2012) - Menneskets foranderlige essens***

Artikkel (I) er en introduksjon til fenomenologi. Den beskriver J. H. van den Berg som var psykiater og fenomenolog. Han var en av de første fenomenologene til å bringe innsikter fra eksistensiell filosofi inn i psykiatrien. Van den Berg trekker frem verden, kropp, andre mennesker og tid som fire eksistensielle elementer som kan hjelpe oss til å beskrive menneskers verden. Subjektivitet viser seg gjennom beskrivelse av disse eksistensialene som ikke kan eksistere på innsiden av individet, men er i relasjonen mellom mennesket og verden. Van den Berg skilte ikke mellom ”innenifra-” og ”utenifra”- perspektiv fordi vi ikke kan skille mellom personen og verden.

Subjektivitet var for van den Berg ikke det samme som introspeksjon for subjektivitet er relatert til verden og det er menneskers verden som undersøkes. Hvis vi fjerner subjektiviteten i våre analyser, så slutter personen å være en unik person. Personens verden er da ikke lenger han eller hennes verden. En fenomenologisk tilnærming forsøker å ivareta subjektivitet og forsøker ikke å få objektiv kunnskap om verden slik den eksisterer uavhengig av menneskers bevissthet. Ifølge van den Berg så kan vi på bakgrunn av vår fellesmenneskelig eksistens, få tilgang til andre menneskers opplevelser gjennom hvordan de beskriver sin verden. Ved å vektlegge erfaringer kan

fenomenologi tilføre subjektivitet inn i teorier om psykisk helse i psykisk helsearbeid. Med andre ord tilføre mer menneskelighet i vår forståelse av psykisk helse gjennom spørsmål som: "Hvordan er det å oppleve et bestemt fenomen?"

Van den Berg viste at den verden mennesker lever i endres, skapes, erfares og kommuniseres kontinuerlig. Ved å sammenlikne en tidsperiode med en annen kommer foranderligheten tydelig frem i van den Bergs tekster. For hvis verden og mennesker er intimt sammenvevd, så endrer de seg sammen. Det vil si at mennesket er foranderlig og menneskers verden er foranderlig, og denne foranderligheten utgjør menneskets essens. Det innebærer at hvis verden standardiseres, så vil menneskets erfaringsverden endres i tråd med standardiseringene. Vi kan da spørre om hvordan det er å leve i et helsefremmende samfunnet når helse standardiseres? Hvilke konsekvenser har det at menneskers erfaringer forstås ut ifra en vitenskapelig rasjonalitet? For eksempel, hvis hjertet kun forstås som en muskel som skal ivaretas gjennom mosjon og sunne kostholdsvaner, så kan vi miste hvordan hjertet kan uttrykke en eksistensiell uro over at verden er blitt fremmed og fargeløs, eller hvordan hjertet uttrykker glede over å treffe en gammel venn. Potensialet i fenomenologien er at man kan knytte erfaringer med psykisk helse til menneskers hverdagsliv for å forstå fenomenets mange fasetter.

#### **4.1.2 Artikkel (II)**

##### ***When everyday life becomes a storm in the horizon: Families' experience of good mental health while hiking in nature***

Naturen anses å ha et stort potensial for helsefremmende tiltak til lave kostnader. Forankret i biofilia-hypotesen som hevder at mennesker har et medfødt bånd med naturen, viser forskning at eksponering for natur reduserer sykdom, øker velværet og gir bedre helse. Slike studier synes å ta for gitt at naturen er en ekstern virkelighet som kan studeres objektivt uten referanse til menneskelig praksis. Naturen blir således fremstilt som et eget ontologisk medium og en kilde til positiv psykisk helse og en buffer mot psykisk lidelse.

Det å gå på tur i naturen blir ofte presentert som en lengsel etter tapt harmoni. Til grunn ligger et påstått skille mellom natur som autentisk og samfunnet som forurenset. Hensikten med denne artikkelen er å stille spørsmål ved dette skillet. Dette ble gjort ved å undersøke hva norske familier med barn opplever når de går på tur i skogen. Tjuefire samtaler med familier på tur i skogen ble analysert med Giorgis beskrivende fenomenologiske forskningsmetode. Den essensielle meningsstrukturen viser at familiers erfaringer med tur i skogen er en prosess. En prosess der de aktivt etablerer samhold i familien ved å gjøre plass til familieenheten i hverdagen. Hverdagen er i stor grad dominert av relasjoner med ikke-familiemedlemmer både i arbeid og fritid. I naturen er det få forstyrrelser og med en fredelig bakgrunn kommer familien frem som en enhet i forgrunnen. Familien beskriver hvordan de opplever at de aktivt genererer en annerledes tilværelse i naturen. De opplever et intersubjektivt fellesskap med en følelse av her-og-nå tilstedeværelse, der familiemedlemmene erfarer en tilstedeværelse i hverandres liv og foreldre opplever at de kan overføre verdier til neste generasjon. Slike erfaringer er ikke tilstrekkelig forklart av biophilia-hypotesen.

Artikkelen utfordrer antagelsen om at naturen er et eget ontologisk medium som en kilde til positiv psykisk helse og som eksisterer uavhengig av familiers sosiale praksiser. Naturen snarere representerer en fredelig bakgrunn som gir mulighet for rekreasjon og samhold som kan styrke familiesamholdet. Å gå tur er en sosial praksis som forener familiemedlemmer og binder familien sammen som en sosial institusjon. Praksisen lar familien oppleve samhold der familien blir et følelsesmessig tyngdepunkt, når de skaper et pusterom i hverdagen. Praksisen belyser at naturen avslører vel så mye om oss selv og vår samtid, som om noe faktisk og objektivt der ute. Det faktum at å oppsøke enkelhet i naturen genererer samhold i en verden full av ønsker om ha mer, er et paradoks og til ettertanke i vårt komplekse samfunn.

### 4.1.3 *Artikkel (III)*

#### ***Hiking leisure: Generating a different existence within everyday life***

Artikkel (III) er en fordypning av tematikken i artikkel (II). Den tar utgangspunkt i at familier etablerer samhold i naturen og utdyper hvordan familier erfarer tid, kropp og relasjoner til hverandre ved å aktivt søke ut i naturen. Naturen som er geografisk og ontologisk på avstand fra arbeid, skole og rutiner i hjemmet erfares av familier som et pusterom. Det er et pusterom som konstitueres i et gjensidig forhold mellom miljøet og familiene. For kroppen og verden er i dialog og kan ikke studeres uavhengig av hverandre. Naturen tilbyr således familier et miljø som de kan oppsøke på fritiden for å komme vekk fra hverdagens mange oppgaver og artikkelen gir et innblikk i hvordan familier blir oppmerksomme på endringer i tid, kropp og relasjoner til hverandre, når følelsen av stress fordunster i de rolige omgivelsene. Det vil si at artikkelen viser hvordan familier aktivt frembringer et pusterom ved å generere en overgang fra å leve i en kompleks verden, til å gå inn i en rolig verden med fravær av stress.

For å studere hvordan pusterommet erfares som en annerledes eksistens designet jeg en casestudie med to familier på tur i skogen. Familiene ble intervjuet ute i skogen sittende rundt bålet og tok form som en samtale om deres erfaringer med å være på tur som familie i naturen. Intervjuene ble analysert med Giorgis beskrivende fenomenologisk forskningsmetode. Den generelle meningsstrukturen av familiens opplevelse av en annerledes eksistens i naturen består av tre bestanddeler: (1) i et rolig samlingssted i naturen synkroniserer familiemedlemmer takten på tid, (2) en kroppslig bevissthet om fravær av stress som fortsatt var til stede når de la ut på turen, (3) utveksling av korte historier og refleksjoner om konkrete hendelser, som konvergerer til en større fortelling som formidler en felles meningsfylt verden.

Analysen viser at familiene erfarer en annerledes eksistens når de er på tur i naturen ved at de selv aktivt søker de positive følelsene som de forventer å oppleve. Positive følelser de får i samspill med omgivelsene og som innebærer en annen tidsopplevelsen, det kroppslige følte fraværet av stress og en opplevelse av å kunne reflektere over en felles meningsfull verden. For i de fredelige omgivelsene opplever familiene at tiden er

mindre styrt av klokker, at kroppen resonerer med roen i naturen og at de kan skape en felles fortelling ved å fortelle historier og reflektere over konkrete hendelser som formidler en felles meningsfull verden.

#### **4.1.4 Artikkel (IV)**

##### ***Harry Stack Sullivan (1892-1949) En postmoderne psykiater avant la letter.***

Artikkel (IV) er en introduksjon til psykisk helse som et relasjonelt fenomen. Den beskriver og diskuterer ideer som ble presentert av Harry Stack Sullivan i det første halvdel av det forrige århundret. Sullivan er ansett som grunnleggeren av interpersonell psykiatri og for ham var psykisk helse et relasjonelt fenomen som manifesterer seg i interpersonelle situasjoner. Det betyr at psykiatri først og fremst omhandlet interaksjon mellom to eller flere personer. Det innebar for Sullivan at psykiatere skulle komme seg ut av kontorenes sine og være deltagende observatører i situasjoner der psykisk helse manifesterer seg. Det var pasienters egne erfaringer Sullivan satte sin lit til og ikke profesjonelles tolkninger og forklaringer av andre menneskers erfaringer. På den måten fremmet Sullivan et førstepersonsperspektiv på psykisk helse og han kan ses som en forløper for brukerperspektivet.

I Sullivans interpersonelle psykiatri flyttes fokus fra det intra-personlig til mellommenneskelige interaksjoner og han beveget seg mot samfunnsfag. Sullivan var kritisk til medisinerens makt til å klassifisere mennesker på bakgrunn av diagnoser og anså pasienter først og fremst som mennesker med problemer i det interpersonelle livet. En personen må leve opp til samfunnets mange foreskrevne måter å gjøre ting, og hvis personen ikke klarer, eller ikke er i stand til å leve i henhold til sosial organisering, så kan psykiske lidelser utvikles. Sullivan argumenterte for at i den vestlige individualismen med tro på at veien til psykisk helse er autonome uavhengige individer, vil mennesker oppleve det som skamfullt å være avhengig av andre mennesker. For å skape en bedre verden skulle psykiatrien mobilisere mot krig, klassekonflikter, rasisme og fattigdom. Sullivan ville inkludere samfunnsfag inn under psykiatrien for å fremme gode relasjoner mellom mennesker og nasjoner for å skape et bedre samfunn.

Sullivan var kritisk til det han anså å være en illusjon om at personen har en fast personlighet og et autonomt unikt selv. Det betyr ikke at han avviste at mennesket er et biologisk vesen, men at personlighet varierer og foregår primært i sosiale situasjoner. Selvet springer ut av personens biologiske, utviklingsmessige, sosiale og kulturelle nettverk. Selvet er med andre ord dynamisk og oppstår i samspill mellom personens interaksjoner i verden og personens tidligere erfaringer. Ifølge Sullivan har en person like mange selv som det har interpersonelle relasjoner. Det vil si at person A har et selv i interaksjon med person B og et annet selv i interaksjon med person C. Det er nødvendigvis ikke store forskjellen, men AB er ikke helt den samme personen som AC. Personen har med andre ord ikke et enhetlig unikt selv slik det fremmes i en kultur forankret i individualismen, men et selv som er desentralisert og distribuert inn i et mangfold av biologiske, sosiale og kulturelle relasjoner. Selvet er dynamisk og kan således ikke reduseres til det intra-psykologiske.

#### **4.1.5 *Artikkel (V)***

##### **The quest for choice and the need for relational care in mental health work**

I denne artikkelen bringer vi frem Sullivans ideer og teorier om relasjonell psykisk helse gjennom å følge hans perspektiv igjennom anti-psykiatrien og brukerbevegelsen. Sullivans perspektiv på psykisk helse og psykisk helsearbeid var koherent. For Sullivan var psykisk helse et knutepunkt i et sosialt, psykologisk og biologisk nettverk og intervensjoner skulle rettes mot disse relasjonelle nettverkene. Artikkelen viser at Sullivans koherente teori blir erstattet med et intra-personlig perspektiv på psykisk helse der intervensjoner i psykisk helsearbeid er rettet mot standardisert helse og autonome valg. I Sullivans perspektiv var psykisk helse distribuert ut i personens nettverk og psykisk helsearbeidere var en del av pasientens nettverk. I det intra-personlig perspektivet er psykisk helse distribuert og begrenset som en intra-personlig tilstand og psykisk helsearbeidere er blitt eksperter på menneskesinnet. I artikkelen argumenteres det for at koherensen i det erfaringsnære perspektivet til Sullivan blir borte når psykisk helsearbeidere og brukere blir eksperter blant eksperter fremfor personer blant personer. Ved å strukturere psykisk helse som en intra-personell tilstand skapes en distanse til

fenomenet ved at det er noe i den andre personen som kan behandles og ikke, som hos Sullivan, i nettverket som helsearbeideren er en del av.

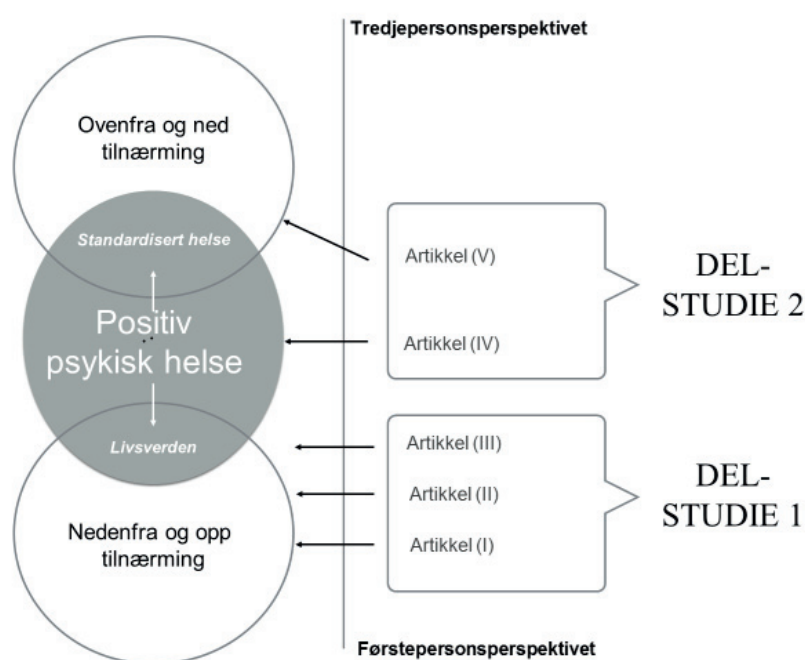
I tråd med fremveksten av det helsefremmende samfunnet vokser det frem en type rasjonalitet som er forankret i nyliberalismen og antakelsen om at individet er autonome subjekter som kan ta sunne og helsefremmende valg. De profesjonelle legger til rette for hva som er de rasjonelle valgene. Brukere av helsehjelp blir konsumenter som skal selv velge og kontrollere behandlingsforløpet. Det er en form for maktoverføring fra statelig helsehjelp som myndiggjør individene, men friheten er begrenset fordi eksperter er de som forvalter kunnskap om hva som er rasjonelle valg. Brukere som i dag blir inkludert i psykisk helsevern som erfaringseksperter kan fort bli fanget i denne rasjonaliteten. For når brukere i psykisk helsevern samhandler side om side med medisinske eksperter som erfaringseksperter, så begrenses de av det evidensbaserte imperativ. Brukere i psykisk helsevern blir fanget i et kappløp blant eksperter for å få kunnskap om psykiske problemer fra et tredjepersonsperspektiv fremfor førstepersonopplevelser. På den måten fanges brukere i et kappløp med profesjonelle eksperter i forskning der psykisk helse eksternaliseres som et objekt for eksperter. I artikkelen hevdes det at brukere er blitt fanget i et tredjepersonsperspektiv der de som erfaringseksperter blir “eksperter blant eksperter” på bekostning av å være “personer blant personer”.

I stedet for at brukere klatrer ”oppover” for å bli eksperter blant eksperter på psykisk helse som et intra-psykologisk fenomen, kan de løfte frem psykisk helse som et relasjonelt fenomen som oppstår kontinuerlig i nettverk der de er ”personer blant personer”. På samme måte som positive endringer i våre liv foregår der ute i hverdagslivets mange kriker og kroker, så kan positive endringer i psykisk helsearbeid i større grad ha utspring i menneskers relasjonelle erfaringer. Fokuset kan flyttes mot hva som hindrer og fremmer våre liv i de nettverkene vi alle er engasjert og forbundet i, fremfor å redusere levd liv til standardiserende kategorier og en streben etter autonomi og frie valg.



## 4.2 Sammenheng mellom artiklene

De to delstudiene fremhever en gråsone mellom psykisk helse slik det erfarer i menneskers livsverden i et nedenfra og opp perspektiv og hvordan psykisk helse brytes ned til parametere i en form for standardisert helse i et ovenfra og ned perspektiv. Det vil si at delstudie 1 løfter frem førstepersonsperspektivet og menneskers erfaringer, mens delstudie 2 illustrerer hvordan erfaringer reduseres til standardisert helse i et tredjepersonsperspektiv.



Figur 1. Sammenhengen mellom artiklene i avhandlingen. Figuren bygger på Depraz, Varela & Vermersch, (2003) og viser et kontinuum mellom førstepersonsperspektivet og tredjepersonsperspektivet.

Figur 1 bygger på Depraz, Varela & Vermersch, (2003) og viser et kontinuum mellom førstepersonsperspektivet og tredjepersonsperspektivet. Som det fremkommer av figuren så er livsverden plassert ved førstepersonsperspektivet og standardisert helse plassert ved tredjepersonsperspektivet. Det er et gap mellom sirkelene som er illustrert med den grå sirkelen med positiv psykisk helse. Den grå sirkelen med positiv psykisk helse overlapper både sirkelen med ovenfra ned tilnærming og sirkelen med nedenfra og opp tilnærming.

opp tilnærming og illustrere at fenomenet konstitueres i en dialektikk mellom førstepersonsperspektivet og tredjepersonsperspektivet. Det innebærer ikke at den grå sirkelen med positiv psykisk helse er i likevekt mellom de to perspektivene. For hvis vi vektlegger tredjepersonsperspektivet så vil den grå sirkel trekkes opp mot standardiseringer av fenomenet. Da vil standardiseringene kunne skje på bekostning av hvordan fenomenet erfares i menneskers livsverdener. Hvis vi vektlegger en livsverden tilnærming vil den grå sirkelen trekkes ned mot førstepersonsperspektivet og til mennesker livsverden. De to delstudiene viser med andre ord at de to perspektivene setter fenomenet psykisk helse inn i to forskjellige sosiale nettverk (jf. Depraz, Varela & Vermersch, 2003, s. 9). Delstudie 1 viser hvordan relasjonelle erfaringer av positiv psykisk helse konstitueres av personer blant personer, og delstudie 2 hvordan de relasjonelle erfaringer oversettes til et nettverk av eksperter blant eksperter.

En innvending mot fremstillingen i figur 1 er at førstepersonsperspektivet og tredjepersonsperspektivet fremstår som entydige perspektiver. Det kan være kontroverser innenfor hvert av de to perspektivene, men i denne avhandlingen er det forholdet mellom perspektivene som trekkes frem. For å få frem forskjellene mellom førstepersonsperspektivet og tredjepersonsperspektivet er perspektivene i figur 1 fremstilt som idealtyper. For våre erfaringer er i interaksjon med tredjepersonsperspektivet. Det vil si vi finner ikke et rent førstepersonsperspektiv eller et rent tredjepersonsperspektivet. Perspektivene inngår og som tidligere påpekt i del 2.2.4, i en dynamisk interaksjonisme.

Ifølge Gallagher & Zahavi (2012) så er den vanlige motsetningen mellom førstepersonsperspektivet og tredjepersonsperspektivet misvisende fordi perspektivene innvirker på hverandre. Til tross for at det nødvendigvis ikke er motsetning mellom de to perspektivene, så vil jeg i diskusjonen som nå følger likevel argumentere for at vi trenger å bringe frem hva som skiller de to perspektivene. Dette fordi det kan hjelpe oss til å svare på spørsmål om hvorfor det er så vanskelig å likestille erfaringskunnskap med ekspertkunnskap i psykisk helsearbeid. For positive endringer med gode intensjoner i tredjepersonsperspektivet medfører ikke nødvendigvis positive endringer i førstepersonsperspektivet slik mennesker erfarer verden.

### **4.3 Avhandlingens begrensninger**

Avhandlingen er begrenset til et lite område om hvordan det er å leve i et helsefremmende samfunn der helsebegrepet utvides til å omfatte stadig mer av menneskers hverdagsliv og aktiviteter. Ut i fra beskrivelser av familiers erfaringer med å gå på tur i skogen kan avhandlingen ikke si noe generelt om hvordan det utvidede helsebegrepet er med på å forme mennesker hverdagsliv. Til det trenger vi flere nedenfra og opp studier om hvordan mennesker erfarer, lever og kommuniserer psykisk helse i fremveksten av det helsefremmende samfunnet.

Avhandlingen er begrenset til et fokus på hvordan erfaringer med psykisk helse bringes frem og ikke mot hva positiv psykisk helse er. Avhandlingen er derfor forankret i det utvidede helsebegrepet og det er derfor vanskelig å avgrense hva som legges i begrepet psykisk helse. Hvorvidt avhandlingen beskriver positiv psykisk helse eller om opplevelser som å gå på tur handler om andre fenomener er derfor uavklart og må ses i en større diskusjon om hvor grensene går for hva som inkluderes og ekskluderes i det utvidede helsebegrepet.

Avhandlingen har en kvalitativ design med vekt på førstepersonsperspektivet og kunne blitt styrket med en kvantitativ studie i tredjepersonsperspektivet. Dette fordi avhandlingen kan gi et inntrykk av at førstepersonsperspektivet er det perspektivet på psykisk helse som bør foretrekkes. Det er ikke avhandlingens intensjon å vurdere perspektivene opp mot hverandre, men å argumentere for at vi også trenger forskning som bringer frem kunnskap om menneskers erfaringsverden på en vitenskapelig måte. Det betyr ikke en avvisning av kvantitative eller naturvitenskapelige tilnærminger, for fra mitt ståsted kan humanistiske og naturvitenskapelige forskningsstrategier utfordre og komplementere hverandre.

## 5 Diskusjon

Hensikten med avhandlingen er å bidra med kunnskap om hvordan god psykisk helse erfares i hverdagsrelaterte situasjoner og hvordan erfaringer gir form til kunnskapsgrunnlaget om psykisk helse i psykisk helsearbeid. De to delstudiene i avhandlingen viser hvordan psykisk helse bringes frem i to forskjellige sosiale praksiser med forankring i to forskjellige relasjonelle nettverk. I et nettverk av relasjoner der psykisk helse erfares, skapes og kommuniseres hverdagslivet som for eksempel familier på tur i skogen som en form for well-being og i et nettverk av relasjoner der psykisk helse brytes ned til parametere som er forankret i vitenskap og teori slik det praktiseres av eksperter. De to relasjonelle nettverkene er ikke gjensidig utelukkende, men de kan bringe frem to forskjellige aspekter ved fenomenet. Det er en gråson mellom hvor førstepersonsperspektivet slutter og tredjepersonsperspektivet begynner. Slik det kommer frem av figur 1 så er det en dynamisk interaksjon mellom de to tilnærmingene. Denne interaksjonen preger vår forståelse og iverksetting av positiv psykisk helse, men vi mangler en dypere innsikt i hvordan de to perspektivene er relatert i psykisk helsearbeid. I diskusjonen vil jeg illustrere at det er problematisk å ensidig vektlegge psykisk helse i et tredjepersonsperspektiv, fordi det kan medføre en singularisering av fenomenets mange fasetter. Så vil jeg argumentere for at andrepersonsperspektivet kan bidra som et møtepunkt mellom de to perspektivene.

### *5.1.1 Mangfold*

I visjonen om det helsefremmende samfunnet rettes helsefremmende strategier mot et bredere nedslagsfelt enn det som ligger til helsesektoren. Strategiene rettes inn mot menneskers nærmiljø og hverdagsliv. Helsebegrepet utvides og blir brukt til å påvirke hverdagslige aktiviteter for å fremme positiv psykisk helse, der en helsefremmende livsstil anses som en buffer mot sykdom og psykiske lidelser. Aktiviteter i nærmiljøet som det å gå på tur i skogen blir en del av det utvidede helsebegrepet, men delstudie 1 viser hvordan familier erfarer well-being som en opplevelse av eksistensiell art som strekker seg utover helsebegrepet. Familiene iverksetter en prosess hvor de aktivt etablerer samhoid i familien ved å gjøre plass til hverandre i en hverdag som i stor grad

er dominert av relasjoner med ikke-familiemedlemmer både i arbeid og fritid. Det er med andre ord en forskjell på hvordan familier lever, erfarer og kommuniserer psykisk helse slik det erfarer i deres livsverden og hvordan psykisk helse omgjøres i helsefremmende arbeid til en buffer for sykdom og psykisk lidelse. Delstudie 2 i avhandlingen undersøker denne forskjellen. Studien illustrerer at psykisk helse som springer ut av relasjonelle situasjoner mellom mennesker, løftes ut av sin kontekst og gis mening i et kunnskapssystem forankret i et tredjepersonsperspektiv. Erfaringer settes inn i et kunnskapssystem der psykisk helse brytes ned til parametere og forstås i et ovenfra og ned perspektiv. Det vil si at erfaringene blir gitt en ny mening innenfor et nettverk av eksperter i psykisk helsearbeid. Erfaringer slik det leves av mennesker i relasjonelle situasjoner erstattes med eksperters representasjoner av psykisk helse.

Hvis psykisk helse bringes frem forskjellig i førstepersonsperspektivet og tredjepersonsperspektivet, så kan vi spørre hvordan erfaringer kan oversettes og gis mening i et ovenfra og ned perspektiv. Spørsmål om hvorvidt det er førstepersonsperspektivet eller tredjepersonsperspektivet på psykiske helse som blir gjort dominerende, er en form for "ontologisk politikk" (Mol, 1999). Ifølge Mol (1999) er ontologi i denne sammenheng det som definerer hva som tilhører det virkelige og de betingelser for muligheter vi lever i. Ved å kombinere ontologi med politikk så foreslår hun "that the conditions of possibility are not given" (s. 75). Det finnes ifølge Mol (2002) flere potensielle virkeligheter og det er ikke gitt hvilken av de som blir den "virkelige". Hun hevder at det finnes multiple virkeligheter. Forskjellige sosiale praksiser skaper forskjellige virkeligheter, men begrepet multiple er ikke synonymt med pluralisme. Fraværet av singularitet betyr ikke at vi lever i en verden med ubegrensede antall med forskjellige og frakoblede fenomener, men at de forskjellige virkelighetene overlapper og forstyrrer hverandre (Law, 2004). Det vil si at i kontinuumet fra førstepersonsperspektivet til tredjepersonsperspektivet kan det bringes frem et mangfold av psykiske helser som kan overlappe og forstyrre hverandre, men de er ikke løsrevet fra hverandre.

### **5.1.2 Konsensus**

Det at det kan bringes frem et mangfold av psykiske helser er, slik jeg ser det, ikke anerkjent i psykisk helsearbeid der det etterstrebes konsensus mellom brukerperspektivet, profesjonsperspektivet og forskning i kunnskapsbasert praksis (Helsedirektoratet, 2014). Konsensusstenkningen er en form for ontologisk politikk der ett perspektiv ofte kan få forrang<sup>27</sup>. Det vil si at det iverksettes en singular virkelighet der fenomenets mange fasetter oversettes til et fenomen som kan representeres. Som figur 1 illustrerer så vil psykisk helse i et ovenfra og ned perspektiv trekkes mot standardiseringer og vekk fra erfaringer i livsverdener. Det dynamiske interpersonelle ved fenomenet kan forsvinne hvis erfaringskunnskapen omgjøres til standardiseringer i en ovenfra og ned tilnærming. Med andre ord hvis vi flytter og inkluderer erfaringskunnskap i et ovenfra og ned perspektiv, så kan erfaringer bli endret i nettverket av de kunnskaper som produseres i et ovenfra og ned perspektiv på helse.

Å etterstrebe konsensus innbyrdes i et ovenfra og ned-perspektiv i psykisk helsearbeid, vil ikke uten videre bringe med seg positive endringer i hvordan livet erfares i et nedenfra og opp perspektiv. Vi vet for lite om hvordan de to perspektivene er relatert og hvordan endringer i det ene perspektivet medfører endringer i det andre perspektivet. Hvis erfaringer trekkes ut av den relasjonelle konteksten av mennesker blant mennesker for å inkluderes i en annen relasjonell kontekst av eksperter blant eksperter, der erfaringer blir oversatt til helse, så vil mangfoldet i menneskers erfaringsverden blir oversatt til singularitet hvis vi etterstreber konsensus innenfor et perspektiv. Familier på tur og brukere som lever i lokalsamfunnet erfarer psykisk helse i et relasjonelt nettverk forankret i deres livsverden, noe som kan bli glemt og ikke gis rom i kunnskapsbasert

---

<sup>27</sup> Hege Orefellens dissens i NOU (2011: 9) kan være et eksempel på dette. Hun skriver: ”Jeg har erfart at prosessen i utvalget har vært preget av en stram konsensuslinje, med disiplineringsinnslag bl.a. i form av beskjed om at dersom man ikke underla seg konsensus ville man stå i veien for ”å bringe verden videre”. Utvalget skriver at de forstår Orefellens frustrasjon, men at de er svært overrasket og har vansker med å akseptere slike påstander (NOU 2011: 9).

praksis. Jeg vil nå tydeliggjøre hvordan erfaringer i nedenfra opp perspektivet blir løftet ut av sin relasjonelle kontekst og oversettes til et ovenfra og ned perspektiv.

### **5.1.3 Translasjon**

Deltudie 2 synliggjør en form for ontologisk politikk der den erfaringsnære relasjonelle forståelsen av psykisk helse brytes ned til parametere som representerer fenomenet. Brukere og eksperter distanserer seg fra levd erfaring gjennom å vektlegge tredjepersonsperspektivet i en rasjonalitet som fremmer individets autonomi og valgfrihet i det Mol (2008) kaller ”valgets logikk”. Det er en logikk som er relatert til brukere som konsumenter og der brukererfaringer blir innhentet gjennom blant annet brukerundersøkelser (Bjørgen, 2013). Det betyr at erfaringskunnskapen oversettes til abstrakt standardiserte parametere i en form for “translasjon” der kunnskap blir forflyttet fra en type kunnskap til en annen (Latour, 1987). Translasjon betyr i denne sammenheng noe mer enn å oversette. Det er å gjøre to former for kunnskap som ikke er det samme til ekvivalente (Law, 1999). I lingvistisk forstand betyr “translasió” at en versjon oversetter alle andre og etablerer en form for hegemoni gjennom å gjøre kunnskap relevant (Latour, 1987). Det vil si at det skapes en singular virkelighet som stadig blir forsterket gjennom å bygge opp fakta som presser andre perspektiver ut i margene.

En måte å gjøre sine fakta relevant er å inngå partnerskap der man får andre grupper til å støtte sine fakta<sup>28</sup>. I partnerskapet mellom brukere og profesjonelle så kan erfaringer

---

<sup>28</sup> I forskningen finnes det forskjellige strategier til å få andre til følge det kunnskapsregime en selv tilhører. En slik strategi er ifølge Latour å definere en ny gruppe som kan utrustes med nye og felles mål som deles med den gruppen en selv tilhører. For eksempel så ble ifølge Latour helsepersonell som ønsket å gjøre byer mer sikre og hygienisk stoppet av klassefiendtlighet på 1800-tallet. Forsøk på å regulere helse ble sett som “one more stick for the rich to beat the poor with” (s. 115). Når Pasteur og hygienikerne introduserte mikrobe som årsak til infeksjoner så var ikke samfunnet bestående av fattige og rike lenger, men av syke og friske. Med andre ord en felles gruppe av fattige og rike oppstod som svar på den nye fienden som ble gjort relevant gjennom kunnskap og fikk således et felles mål. Det vil si de

bli oversatt og brukt til å støtte eksisterende teorier om psykisk helse. Selv om brukere tilfører erfaringer og er en positiv impuls i arbeidet med psykisk helse, så er det vokabular fra de medisinske og psykologiske modellene som brukes (Enany, Currie, og Lockett, 2013; Walker, 2006). Psykisk helse blir representert i et språk som Haraway (1988) kaller reduksjonisme, som innebærer at fenomenet iverksettes som en standard for alle oversettelser og konverteringer (s. 580). Det vil si at selv om psykisk helse kan være multiple i praksis, så oversettes det til et singulært fenomen i teorier (jf. Mol, 2002). Som det kom frem i artikkelen (I), så kan hjerte forstås i to forskjellige nettverk. I legens nettverk der hjertet er en muskel og i pasientens nettverk der hjertet er et uttrykk for å erfare verden som truende. Det betyr ikke at fenomenet ikke eksisterer slik fagfolk iverksetter det, men at det kan eksistere flere versjoner av hjertet. Med andre ord så kan det nettverket som tilhører erfaringsverdenen erfares som en annen virkelighet enn den verdenen som tilhører det profesjonelle nettverket.

#### **5.1.4 Helselogisme**

Bordet fanger. Har vi først begynt å bruke begreper hentet fra helsefeltet for å beskrive psykisk helse, så fargelegges vår verden av en slik forståelse (jf. Walker, 2006; Watters, 2011). På samme måte som vi ikke lenger kan se bokstaver som kråketær av blekk når vi først har lært å lese, så starter vi å se psykisk helse gjennom linser som skaper og forvrenger det vi ser (jf. Gilbert, 2006, s. 49). Således speiler ikke begrepet positiv psykisk helse verden slik den leves, erfares og kommuniseres, men hvordan vi iverksetter fakta for å fremme et helsefremmende samfunn. Ifølge Svenaeus (2013) har mennesket blitt *Homo patologicus* som lider på en vitenskapelig måte. Er mennesket også blitt *Homo helselogicus* som opplever psykisk helse på en vitenskapelig måte? Det vil si at mer og mer av vår positive erfaringer i hverdagslivet og som utgjør vår livsverden, blir fargelagt av vitenskapelige og teoretiske begreper i det utvidede helsebegrepet. Van den Berg kaller dette for nattansiktet (jf. artikkel I) der vår opplevde

---

kunne bygget opp legitimitet som forente grupper gjennom faktagrunnlaget og hygienikerne som før slet med å iverksette tiltak for å fremme helsen ble med et uunnværlige (Latour, 1987, s. 116).



verden er blitt vitenskapeliggjort. Poenget er ikke å kritisere vitenskap eller argumentere for at positiv psykisk helse ikke er et vitenskapelig begrep, men at vi må være på vakt mot øyeblikket helse som vitenskap blir ideologi. Frankl (2007) argumenterer at det er i det øyeblikket vitenskap legger krav på totalitet at psykologi blir psykologisme, biologi blir biologisme og sosiologi blir sosiologisme. Vi trenger derfor en påminnelse om at ved å oversette alle aspekter i menneskers liv til helse i en form for helselogisme, kan vi miste levde erfaringer av det å være menneske.

Når erfaringer inkluderes i eksperters tredjepersonspråk så er det ikke lenger helsen til en bestemt person som omtales, men standardiserende parametere som gis eksistens uavhengig av subjektivitet (Ekeland, 2011; 2014). For å bryte løs fra singulariseringen av psykisk helse, så trenger vi et nytt begrepsapparat med utspring i mennesker hverdagsliv. Hvis psykisk helse oversettes til et singulært fenomen, så kan fenomenets smange fasetter skyves til side. Det kan innebære at profesjoner posisjonerer seg i et hierarkisk maktpill om hvilke representasjoner som skal dominere oversettelsene, som i det såkalte evidenshierarkiet der standardisering av fenomenet blir det sentrale. Denne avhandlingen løfter frem at vi trenger andre begreper som kan utfylle og overskride helse slik det er forstått som helse fra mentalhygienebevegelsen og til psykisk helsearbeid. Intersubjektivitet, relaterthet, multiplisitet, kompleksitet, dialog, verdier, romlighet, temporalitet, stemninger, identitet, kropp og livsverden (jf. Jackson, 2013, s. 23) er noen av de relasjonelle begrepene som dukker opp i avhandlingen og som ivaretar menneskers erfaringer.

#### ***5.1.5 Andrepersonsperspektivet***

De relasjonelle begrepene ligger nært opp mot det som kalles andrepersonsperspektivet og som ble introdusert i historien om den tørste fotgjengeren (se 2.2.4). Andrepersonsperspektivet kan plasseres mellom standardisert helse der empiriske fakta valideres og tallfestes, og livsverden slik den kommer til uttrykk i førstepersonsperspektivet. Andrepersonsperspektivet bringer frem utveksling mellom situerte individer med fokuset på et spesifikt erfart innhold. Andrepersonsperspektivet ivaretar subjektivitet fordi subjektivitet skapes i relasjon mellom selvet og andre. Det vil si at subjektivitet er en form for intersubjektivitet (Desjarlais & Jason 2011). For selv

om vi opplever oss selv som unike og autonome så springer selvet ut av intersubjektive relasjoner i vårt engasjement i verden. Vi formes, skapes og omformes i en dialektikk mellom det vi deler med andre og det vi ikke deler med andre. Menneskets eksistens er sosialt betinget, men innebærer også en opplevelse av seg selv som et singulært vesen som er i en relasjon med seg selv (Jackson, 2013). Mennesker streber etter autonomi, men de streber vel så mye etter forening og forbindelser med andre (Jackson, 2013).

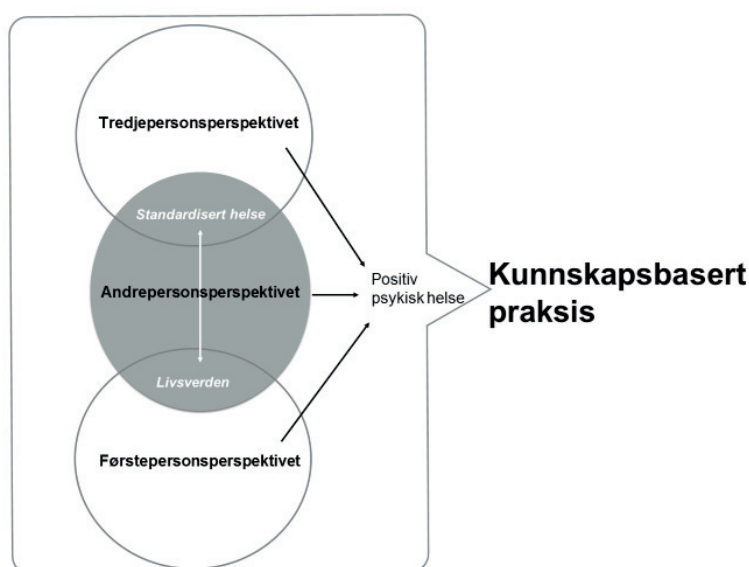


Fig. 2. De tre perspektivene bringer frem forskjellige fasetter av psykisk helse som alle bør inkluderes i kunnskapsbasert praksis.

Andrepersonsperspektivet kan fylle gapet mellom erfaringer i førstepersonsperspektivet og det som forklares i tredjepersonsperspektivet (jf. Giorgi, 1985). I et relasjonelt perspektiv er ikke psykisk helse fundert i elementer som kan settes sammen til en helhet. Fundamentet er i de gjensidige relasjonene (Steinbock, 1995, s. 11). Det vil si at det finnes ikke noe fundament bakenfor det intersubjektive. Dette er i samsvar med Sullivan som vektla dialoger mellom *personer blant andre personer*. Figur 2 antyder at Sullivans interpersonelle perspektiv er plassert i gapet mellom førstepersonsperspektivet og tredjepersonsperspektivet. Sullivan vektla erfaringer og relasjoner og hans perspektiv ligger nært opp mot det vi kan si er et andrepersonsperspektiv. Et relasjonelt perspektiv

på positiv psykisk helse tar utgangspunkt i interpersonelle situasjoner. Det vil si at psykisk helse er situert i et komplekst nettverk. Et nettverk som har evnen til å tilpasse seg og samtidig utvikle seg på samme tid som det organiserer seg gjennom tid.

Som figur 2 viser så bringer de tre perspektivene frem forskjellige, men overlappende virkeligheter av fenomenet. Det er ikke lenger kun et spørsmål om å definere grensen mellom forskjellige representasjoner av psykisk helse, men å undersøke hvordan perspektivene bringer frem psykisk helse som et mangefasettert fenomen. Vi trenger ikke en kamp mellom perspektivene om å representere psykisk helse best mulig i en form for ontologisk politikk. Som et alternativ kan vi undersøke hvordan psykisk helse bringes frem i og mellom de ulike perspektivene. Spenninger, likheter og ulikheter kan ivaretas i hvordan psykisk helse erfares, leves og kommuniseres, slik det springer ut av forskjellige relasjonelle situasjoner. På den måten kan vi forstå hvordan erfaringer og forklaringer veves sammen til hvordan psykisk helse bringes frem i psykisk helsearbeid, slik at vi kan ivareta variasjon og bredde i psykisk helse som et mangefasettert fenomen.

## 6 Avslutning

Det å bringe frem erfaringer som gyldig kunnskap i teorier i psykisk helsearbeid er viktig, men utfordrende. Viktig fordi psykisk helse ikke kan eksistere uavhengig av menneskers erfaringer og disse erfaringene bør være en naturlig del av kunnskapsgrunnlaget i helsefremmende arbeid. Utfordrende fordi ved å bringe inn hverdagslige erfaringer som en del av det utvidede helsebegrepet, kan vi bidra med å utvanne hva fagets substans er. For hvis psykisk helse omfatter alle aspekter ved menneskets liv, så kan psykisk helsearbeid bli generalistisk og handlingslammet i forhold til mer spesialisert kunnskap. Ved å skille mellom førstepersonsperspektivet, andrepersonsperspektivet og tredjepersonsperspektivet kan vi bringe frem forskjellige varianter av psykisk helse uten å miste fokuset på fenomenet psykisk helse slik det skapes, leves, kommuniseres og operasjonaliseres i det fremvoksende helsefremmende samfunnet. Perspektivene kan overlape hverandre, men de kan også inneha indre motsetninger som vil kunne bidra med fruktbare spenninger som får frem forskjellige fasetter av fenomenet uten at det oversettes til et dominerende perspektiv. En konsensusenkning kan bidra til at psykisk helse oversettes til et singulært fenomen som eksisterer uavhengig av menneskers erfaringer og som ikke rommer det essensielle ved det å være menneske. Mer heterogenitet vil kunne bevare spenningene mellom vitenskapelige tilnærminger og forskjellige profesjoner der uro, kompleksitet, variasjon, bredde og heterogenitet erstatter enkelhet, tydelighet og homogenitet.

### 6.1 Konsekvenser

Et spørsmål mange stiller er hvorfor det er så vanskelig å forbedre psykisk helsearbeid. Denne avhandlingen viser at et hinder for endring kan være singulariseringen av psykisk helse. For å endre psykisk helsearbeid kan vi starte med å endre hvordan vi bringer frem psykisk helse i teorier. I kunnskapsbasert praksis er det et uttalt mål at erfaringskunnskap, profesjonskunnskap og forskning skal sidestilles. Det er forankret i en antakelse om at hvis vi kombinerer de tre kunnskapskildene, så vil vi komme nærmere hva fenomenet psykisk helse egentlig er. Med andre ord en tro på at de tre kunnskapskildene i kunnskapsbasert praksis bringer oss nærmere psykisk helse som et

passivt singulært fenomen, men som avhandlingen viser så er det ikke sikkert kunnskapskildene representere det samme fenomenet. For hvis psykisk helse springer ut av forskjellige sosiale nettverk, så vil ikke en kombinasjon av de tre kunnskapskildene bringe frem et singulært fenomen. De tre kunnskapskildene iverksetter fenomenet ut i fra forskjellige relasjonelle kontekster. Det vil si at psykisk helse som er situert litt forskjellig i de tre relasjonelle nettverkene, blir addert sammen til en singulær virkelighet i kunnskapsbasert praksis slik at nyansene og fasettene ved fenomenet kan gå tapt. På bakgrunn av denne avhandlingen vil jeg derfor anbefale et skifte fra å vektlegge de tre kunnskapskildene som et felles grunnlag i kunnskapsbasert praksis, for å anerkjenne det unike som ligger i førstepersonsperspektivet, andrepersonsperspektivet og tredjepersonsperspektivet. De tre perspektivene kan ivareta fenomenets mange fasetter uten at vi henfaller til at det finnes en sannhet eller en metode som kan representere psykisk helse. Det vil også kunne gi rom for et livsverdensperspektiv som kan informere kunnskapsgrunnlaget i psykisk helsearbeid om det essensielle ved menneskers erfaringer i hverdagsrelaterte situasjoner.

## 7 Referanser

- Andrews, T. (2002). Makt og helse – et kritisk blikk på forebyggingsideologien. I (red.) Røisland, A., Andrews, T., Eide, A. H. & Fosse, E. *Lokalsamfunn og helse. Forebyggende arbeid i en brytningstid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Army, W. R. & Bergen, B. J. (1984). *Medicine and the management of living. Taming the last great beast*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Barry, M. M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17.
- Becker, D. & Marecek, J. (2008). Positive Psychology: History in the Remaking? *Theory & Psychology*, 18(5), 591-604.
- Beers, C. W. (2006[1908]). *A mind that found itself*. Farirfiels: 1<sup>st</sup> World Library.
- Bertolote, J. A. (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7(2), 113-116.
- Bjørngen, D. (2013). Fremveksten av brukermedvirkning i Norge – strategier og tiltak for å styrke brukeres erfaringskunnskap i teori og praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 372-378.
- Bloom, S. W. (2002). *The word as scalpel: a history of medical sociology*. New York: Oxford University Press.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542–573.
- Bracken, P. & Thomas, P. (2005). *Postpsychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201, 430–434.
- Brinkmann, S. (2012). Truslen fra fortiden: om psykologiens nye kritiske historiografi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(8), 753-758.

- Brody, B. (2004). The World Federation for mental health: its origins and contemporary relevance to WHO and WPA policies. *World Psychiatry*, 3(1), 54-55.
- Butterfield, H. (1965). *The Whig interpretation of history*. New York: W. W Norton & Company Inc.
- Buytendijk, F.J.J. (1957). *Rencountre, encounter, begegnung: contributions à une psychologie humaine dédiées au Professor Buytendijk* [Encounter: Contributions to a human psychology dedicated to professor Buytendijk]. Utrecht: Het Spectrum.
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Carman, T. (2014). Forword. In Merleau-Ponty, M. (2014). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Carpiano, R. M. (2009). Come take a walk with me: the "Go-Along" interview as a novel method for studying the implications of place for health and well-being. *Health & Place*, 15(1), 263-272.
- Carr, E. H. (1987). *What is history?* Harmondsworth: Penguin.
- Castel, F., Castel, R. & Lovell, A. (1982). *The psychiatric society*. New York: Columbia University Press.
- Chapman, A. H. (1976). *Harry Stack Sullivan: his life and his work*. New York: Putnam.
- Crossley, M. L. & Crossley, N. (2001). 'Patient' voices, social movements and the habitus; how psychiatric survivors 'speak out'. *Social Science & Medicine*, 52(10), 1477-1489.
- Crossley, N. (1998). Transforming the mental health field: the early history of the National Association for Mental Health. *Sociology of Health & Illness*, 20(4), 458-488.
- Crossley, N. (1999). Fish, field, habitus and madness: The first wave mental health users movement in Great Britain. *British Journal of Sociology*, 50(4), 647-670.
- Crossley, N. (2006). *Contesting psychiatry: Social movements in mental health*. London: Routledge.

- Cushman, P. (1995). *Constructing the self, constructing America: a cultural history of psychotherapy*. Boston: Addison-Wesley Pub.
- Czarniawska, B. (2007). *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Malmö: Liber AB.
- Dahl, N. L. (1966). Neo-Freudianske retninger H. Sullivan, K. Horney, E. Fromm. I Alnæs, R. & Johnsen, G. (red.), *Psykoterapi: synspunkter og metoder Bind 1: generell del*. Oslo: Fabritius.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Todres, L. & Galvin, K. (2009). Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: an existential view of well-being. *Medicine, Health Care and Philosophy, 12*(3), 265-271.
- Dalhstrøm, S., Frølich, T. Kviberg, P., Arctander S. & Sveen, R. (1931). *Mentalhygiene* (Vol. Nr 1, Mentalhygienisk forenings småskrifter). Oslo: I kommisjon hos Fram.
- Davidson, L., Rakfeldt, J. & Strauss, J. S. (2010). *The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned*. Chicester: Wiley-Blackwell.
- Decker, H. S. (2007). How kraepelinian was Kraepelin? How kraepelinian are the neo-Kraepelinians?—from Emil Kraepelin to DSM-III. *History of Psychiatry, 18*(3), 337-360.
- Depraz, N., Varela, F. & Vermersch, P. (2003). *On becoming aware: a pragmatics of experiencing*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Co.
- Desjarlais, R. & Throop, J. C. (2011). Phenomenological approaches in anthropology. *Annual Review of Anthropology, 40*(1), 87-102.
- Dowbiggin, I. R. (2011). *The quest for mental health: a tale of science, medicine, scandal, sorrow, and mass society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dworkin, R. W. (2010). The rise of the caring industry. *Policy Review* no 161. 1. june.
- Ekeland, T-J. (2011). Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helsevern*. Lokalisert på [www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no).
- Ekeland, T-J. (2014). Frå objekt til subjekt – og tilbake? Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 11*(3), 211-220.



- Enany, E. N., Currie, G. & Lockett, A. (2013). A paradox in healthcare service development: professionalization of service users. *Social Science & Medicine*, 80, 24-40.
- Engelhardt, H. T. (1982). Illness, disease, and sicknesses. In (ed.) Kestenbaum, V. *The humanity of the ill: phenomenological perspectives*. Knoxville: The University of Tennessee Press, pp. 142-156.
- Englander, M. (2012). The interview: data collection in descriptive phenomenological human scientific research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43, 13-35.
- Eriksson, B. G. & Hummelvoll, J. K. (2012). Relevans og evidens. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(01), 33-42.
- Eriksson, B. G., Granerud, A. & Hummelvoll, J. K. (2014). *Masterutdanningen i psykisk helsearbeid – et studentperspektiv*. Rapport nr. 1. Høgskolen i Hedmark.
- Evans, F. B. (1996). *Harry Stack Sullivan: interpersonal theory and psychotherapy*. London: Routledge.
- Flugel, J. C. (1948). *Proceedings of the international congress on mental health*. London: H. K. Lewis & Co.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*. New York: Pocket Books.
- Frankl, V. E. (2007). *Vilje til mening*. Oslo: Arneberg.
- Friberg, F. & Öhlén, J. (2010). Reflective exploration of Beekman's participant experience. *Qualitative Health Research*, 20, 273-280.
- Frie, R. & Coburn, W. J. (2011). *Persons in context: the challenge of individuality in theory and practice*. New York: Routledge.
- Freeman, P. A. & Zabriskie R. B. (2002). The role of outdoor recreation in family enrichment. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 2(2), 131-145.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Akadmiske.
- Gallagher, S. & Zahavi, D. (2012). *The phenomenological mind* (2nd ed.). London: Routledge.
- Gilbert, D. (2006). *Stumbling on happiness*. London: Harper Press.

- Giorgi, A. (1985). Toward a phenomenologically based unified paradigm for psychology. In (ed.), Kruger, D. *The changing reality of modern man: essays in honour of Jan Hendrik van den Berg* (pp. 20-34). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1992). Description versus interpretation: competing alternative strategies for qualitative research. *Journal of Phenomenological Psychology, 23*(2), 119-135.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology, 28*(2), 235-260.
- Giorgi, A. (2006). Concerning Variations in the Application of the Phenomenological Method. *The Humanistic Psychologist, 34*(4), 305-319.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift 12*, 143-165.
- Grob, G. N. (1991). *From asylum to community: mental health policy in modern America*. Princeton: Princeton University Press.
- Grob, G. N. (1998). Psychiatry's holy grail: The search for the mechanisms of mental diseases. *Bulletin of the History of Medicine, 72*(2), 189-221.
- Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. (1997). *The new language of qualitative method*. Oxford: Oxford University Press.
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press.
- Hacking, I. (2004). *Historical ontology*. Cambridge: Harvard University Press.
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies, 14*(3), 575-599.
- Harrington, A. (2010). *The cure within. A history of mind-body medicine*. New York: W. W. Norton & Company.
- Haukelien, H., Møller, G. & Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektor*. TF-rapport nr. 284.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Oxford: Basil Blackwell.
- Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet: veien til god helse for alle*. Oslo:

- Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Herman, H. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, department of mental health and substance abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. Geneva: World Health Organization.
- Holstein, J. A. & Gubrium, J. F. (1995). *The active interview*. London: Sage.
- Hummelvoll, J. K. & Eriksson, B. G. (2005). Psykiskt helsearbeid og brukarperspektivet – några inledande reflexioner. I (red.) Beston, G. Holte, J. S. Eriksson, B. G. & Hummelvoll, J. K. *Det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid*. Rapport nr. 8. Høgskolen i Hedmark.
- Huppert, F. A. & So, T. T. C. (2013). Flourishing across Europe: application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837-861.
- Husserl, E. & Welton, D. (1999), *The essential Husserl basic writings in transcendental phenomenology*. Blomington: Indiana University Press.
- Illich, I. (2010). *Limits to medicine medical nemesis: the expropriation of health*. London: Marion Boyars Publishers Ltd.
- Informere (s.a.). I Den Danske Ordbok. Lokalisert på <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=informere>
- Ingold, T. (2011). Anthropology is not ethnography. In (ed.) Ingold, T. *Being alive: essays on movement, knowledge and description*. New York: Routledge.
- Ingold, T. & Vergunst, J. L. (2008). *Ways of walking: ethnography and practice on foot*. Aldershot: Ashgate.
- Jackson, M. (1996). Introduction. Phenomenology, radical empiricism, and anthropological critique. In (ed.) Jackson, M. *Things as they are. New directions in phenomenological anthropology*. Bloomington: Indiana University Press.
- Jackson, M. (2013). *Lifeworlds. Essay in existential anthropology*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Jané-Llopis, E. (2007). Mental health promotion: concepts and strategies for reaching the population. *Health Promotion Journal of Australia*, 18(3), 191-197.
- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R. & King, L. A. (2009). Two traditions of happiness research, not two distinct types of happiness. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 208-211.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behaviour*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2013). Promoting and protecting positive mental health: early and often throughout the lifespan. In (ed.) Keyes, C. L. M. *Mental well-being: international contributions to the study of positive mental health*. Springer Science
- Keyes, C. L. M. & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology*, 4(3), 197-201.
- Klein, D. B. (1961). *Mental Hygiene a survey of personality disorders and mental health*. New York: Holt, Rinehart and Winston
- Kleinman, A. (2012). Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen – and soon. *The British Journal of Psychiatry* 201, 421-422.
- Kugelmann, R. (2003). Health in the light of a critical health psychology. *Psicología desde el Caribe*, 11, 75-93.
- Kusenbach, M. (2003). Street phenomenology: the go-along as ethnographic research tool. *Ethnography*, 4(3), 455-485.
- Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Laing, R. D. (2010). *The divided self: an existential study in sanity and madness*. London: Penguin.
- Laing, R. D. (1967). *The politics of experience; and, The bird of paradise*. Harmondsworth: Penguin.
- Laing, R. D. & Esterson, A. (1964). *Sanity, madness and the family*. London: Tavistock Publications.

- Lamers, S. (2012). *Positiv mental health: measurement, relevance and implications*. Enschede: University of Twente.
- Larsen, Ø. (2006). Helse og trivsel – en utvidelse av synsfeltet i kommunenes planleggingsarbeid. *Michael*, 3(3), 177-180.
- Latour, B. (1987). *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. Cambridge: Harvard University Press.
- Law, J. (1999). After ENT: complexity, naming and topology. In (ed.) Law, J. & Hassard, J. *Actor network theory and after*. Oxford: Blackwell Publisher.
- Law, J. (2004). *After method: mess in social science research*. London: Routledge.
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsestjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lien, M. E., Nustad, K. G. & Ween, G. B. (2012). Introduksjon. ANthropologiens grenseflater. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 23(03-04), 214-224.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238-244.
- Ludvigsen, K. (2008). Hensiksmessige vaner i et hensikstmessig miljø. Mentalhygienisk opplysning 1930-1970. I (red.) Elvbakken, K. T. & Stenvoll, D. *Reisen til helseland. Propaganda i folkehelsens tjeneste*. Bergen: Fagbokforlaget
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Major, E. F. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Marcus, G. E. & Fischer, M. J. (1986). *Anthropology as cultural critique. An experimental moment in the human science*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Marstein, T. (1973). *Sosialmedisin* (Vol. 7, Brevkurs for sosiale tjenestemenn). Oslo: Folkets brevskole.
- Merleau-Ponty, M. & Tin, M. B. (2000). *Øyet og ånden*. Oslo: Pax.
- Merleau-Ponty, M. (2014). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter (2014-2015)*.

- Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: god helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Miljøverndepartementet (2009). *Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse: rapport fra det nordiske miljøprosjektet "Friluftsliv og psykisk helse"*. Oslo: Nordisk ministerråd.
- Miljøverndepartementet (2013). *Nasjonal strategi for et aktivt friluftsliv En satsing på friluftsliv i hverdagen; 2014–2020*. Oslo: Miljøverndepartementet.
- Miller, P. & Rose, N. (1986). *The Power of psychiatry*. Cambridge: Polity Press.
- Mol, A. (1999). Ontological politics. A word and some questions. In (ed.) Law, J. & Hassard, J. *Actor network theory and after*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. London: Duke University Press.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: health and the problem of patient choice*. New York: Routledge.
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nauta, L. (1984). Historical roots of the concept of autonomy in western philosophy. *Praxis International*, 4(4), 363-377.
- Nordenfelt, L. (1995). *On the nature of health: an action-theoretic approach*. Dordrecht: Kluwer.
- NOU 2011: 9 (2011). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo: Norges offentlige utredninger.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-369.
- Næss, S. (2001a). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Oslo: NOVA-rapport 3.
- Næss, S. (2001b). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 121(16), 1940-1944.

- Oniščik, M. (2005). Rational reconstruction: an approach to a history of philosophy. *Soter*, 16(44), 243-250.
- Orange, D. (2011). Beyond individualism: philosophical contributions of Buber, Gadamer, and Lévinas. In (ed.) Frie, R. & Coburn, W. J. *Persons in context: the challenge of individuality in theory and practice*. New York: Routledge.
- Ortmeyer, D. H. (1995) In (ed.) Lionells, M., Fiscalini, J., Mann, C. & Stern, D. B. *Handbook of Interpersonal Psychoanalysis* (pp. 11-27). Hillsdale: The Analytic Press).
- Overgaard, S. & Zahavi, D. (2009). Phenomenological Sociology - The Subjectivity of Everyday Life In (ed.) Hviid J. M. (2009). *Encountering the everyday: An introduction to the sociologies of the unnoticed*, (pp. 93-115). Basingstoke: Palgrave/Macmillan.
- Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal relations in nursing*: Macmillan Education.
- Peplau, H. E., O'Toole, A. W. & Welt, S. R. (1994). *Interpersonal theory in nursing: selected works*. Basingstoke: Macmillan.
- Perry, H. S. (1982). *Psychiatrist of America, the life of Harry Stack Sullivan*. Cambridge: Belknap Press.
- Pilgrim, D. & McCranie, A. (2013). *Recovery and mental health a critical sociological account*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Porter, R. (1989). *A social history of madness. Stories of the insane*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Porter, R. (2002). *Madness a brief history*. Oxford: Oxford University Press.
- Provencher, H. L. & Keyes, C. L. M. (2011). Complete mental health recovery: bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10(1), 57-69.
- Provencher, H. L. & Keyes, C. L. M. (2013). Recovery: a complete mental health perspective. I (ed.) Keyes, C. L. M. *Mental well-being: international contributions to study of positive mental health*. Springer Science.
- Rabinow, P. (1977). *Reflections on fieldwork in Morocco*. Los Angeles: University of California Press.

- Reaume, G. (2002). Lunatic to patient to person: Nomenclature in psychiatric history and the influence of patients' activism in North America. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(4), 405-426.
- Ridenour, N. (1961). *Mental health in the United States: a fifty-year history*. Cambridge: Commonwealth Fund.
- Robson, B. (2008). From mental hygiene to community mental health. *Provenance: The Journal of Public Record Office Victoria*, 7(1).
- Rose, N. (1989). *Governing the soul. The shaping of the private self*. London: Free Association Books.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it - explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Scaffit, A. (2013). Om å komme seg i arbeid. I (red.) Norvoll, R. *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Scull, A. (2011). *Madness: a very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Schutz, A. (1972). *The phenomenology of the social world*. Everston: Northwestern University Press.
- Sebastian von P. (2013) 'Chronic' identities in mental illness, *Anthropology & Medicine*. 20(1), 48-58.
- Secker, J. (1998). Current conceptualizations of mental health and mental health promotion. *Health Education Research*, 13(1), 57-66.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology - An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10(26).
- Sosial- og helsedepartementet (1998): *St.prp. nr. 63 (1997-1998) Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Plan for brukervedvirkning. Mål anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spiegelberg, H. (1960). *The phenomenological movement: A historical introduction*. The Hague: Nijhoff.
- Steinbock, A. J. (1995). *Home and beyond: generative phenomenology after Husserl*.



- Evanston: Northwestern University Press.
- Stolorow R. D., Orange D. M. & Atwood G. E. (2001). Cartesian and post-Cartesian trends in relational psychoanalysis. *Psychoanal Psychol* 18, 468-484.
- Sullivan, H. S., Perry, H. S. & Gawel, M. L. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, H. S. & Perry, H. S. (1964). *The fusion of psychiatry and social science*. New York: Norton.
- Sullivan, H. S., Perry, H. S. & Gawel, M. L. (1970). *The psychiatric interview*. New York: Norton
- Svenaesus, F. (2009). The phenomenology of falling ill: an explication, critique and improvement of Satre's theory of embodiment and alienation. *Human Studies*, 32, 53-66.
- Svenaesus, F. (2013). *Homo Patologicus: medicinska diagnoser i vår tid*. Hägersten: Tankekraft.
- Szasz, T. (1970). *The manufacture of madness; a comparative study of the Inquisition and the mental health movement*. New York: Harper & Row.
- Szasz, T. (1998). *Cruel compassion psychiatry control of society's unwanted*. Syracuse: Syracuse University Press.
- Szasz, T. (2010)[1974]). *The myth of mental illness Foundation of a theory of personal conduct*. New York: Harper Perennial.
- Taubman, P. (2012). *Disavowed knowledge: Psychoanalysis, education, and teaching* (Studies in curriculum theory). New York: Routledge.
- Tengland, P-A. (2001). *Mental health a philosophical analysis*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Thompson, E. (2007). *Mind in life: Biology, phenomenology, and the sciences of mind*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Trinder, L. (2000). Introduction: the context of evidence-based practice. In (ed.) Trinder, L. & Reynolds, S. *Evidence-based practice a critical appraisal*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Todres, L. & Holloway, I. (2004). Descriptive phenomenology. Life-world as evidence. In (ed.) Rapport, F. *New qualitative methodologies in health and social care research*. Maidenhead: Open Univerity Press.

- Todres, L., Galvin, K. & Dahlberg, K. (2007). Lifeworld-led healthcare: revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Medicine Healthcare and Philosophy*, 10(1), 53-63.
- Todres, L., Galvin, K. T. & Dahlberg, K. (2014). "Caring for insiderness": phenomenologically informed insights that can guide practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9.
- Toms, J. (2010). Mind the gap: MIND, the mental hygiene movement and the trapdoor in measurements of intellect. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(1), 16-27.
- Toombs, S. K. (1990). The temporality of illness: four levels of experience. *Theoretical Medicine*, 11, 227-241.
- Toombs, S. K. (1992). *The meaning of illness: a phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht; London: Kluwer Academic.
- Utdanning- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid*.
- Vaillant, G. E. (2003). Mental health. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1373-1384.
- Vaillant, G. E. (2012). Positiv mental health: is there a cross-cultural definition. *World Psychiatry* 11, 93-99.
- van den Berg J. H. (1972). *A different existence: Principles of phenomenological psychopathology*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- van den Berg, J. H. (1974). *Divided existence and complex society: an historical approach*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- van den Berg, J. H. (1980). Phenomenology and psychotherapy. *Journal of phenomenological psychology*, 11(2), 21-49.
- van Spijk, P. (2015). On human health. *Medicine Health Care and Philosophy*, 2(18), 245-251.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek AS.
- Walker, M. T. (2006). The social construction of mental illness and its implications for the recovery model. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(1), 71-87.

- Watters, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. New York: Free Press.
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.
- World Health Organization (1986). *Ottawa charter for health promotion: an international conference on health promotion, the move towards a new public health. 17–21 November*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health concepts emerging evidence practice*. Geneva: World Health Organisation.
- Zahavi, D. (2003). *Husserl's phenomenology*. Stanford: Stanford University Press.
- Zucker, H. (1989). Premises of interpersonal theory. *Psychoanalytical Psychology*, 6(4), 401-419.
- Ødegård, Ø., Sæthre, H. & Brinchmann, A. (1946). *Mentalhygiene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

## 8 Artiklene som inngår i avhandlingen



## 8.1 Artikel I

# Artikel I



Forfatternavn: Børge Baklien

Yrkestittel: Stipendiat

Fødselsår: 1967

Utdanning: Cand. Polit. sosialantropologi

Arbeidssted: Høgskolen i Telemark – Avdeling for helse- og sosialfag

Kjølnes Ring 56, postboks 203 – Porsgrunn

E-post: borge.baklien@hit.no

Forfatternavn: Rob Bongaardt

Yrkestittel: Førstemanuensis

Fødselsår: 1964

Utdanning: PhD, psykologi

Arbeidssted: Høgskolen i Telemark – Avdeling for helse- og sosialfag

Adresse: Kjølnes Ring 56, postboks 203 – Porsgrunn

E-post: rob.bongaardt@hit.no

Antall tegn: 28097

Tittel på tekst: J. H. van den Berg (1914–2012) – Menneskets foranderlige essens.<sup>i</sup>

Fagfellevurdert som en vitenskapelig artikkel



### **Sammendrag**

*Jan Hendrik van den Berg var psykiater, psykolog, historiker, fenomenolog og en glitrende skribent. Han var opptatt av å beskrive hvordan menneskers livsverden endres med tid og sted. Van den Berg viser gjennom sine rike beskrivelser av hverdagsfenomener hvordan en fenomenologisk tilnærming tilfører forskning og praksis det menneskelige i lidelse ved å vektlegge erfaringer. Han skiller ikke mellom «innenifra»- og «utenifra»-perspektivet, for mennesket subjektivitet finnes i verden. Svaret på spørsmål som: «Hvordan er det å oppleve et bestemt fenomen?» finner vi derfor ifølge van den Berg ikke inne i individet, men i personens beskrivelse av sin verden.*

**Article title:** J. H. van den Berg (1914-2012) – Man changing essence.

### **Abstract**

Jan Hendrik van den Berg was a psychiatrist, psychologist, historian, phenomenologist and a brilliant writer. He describes how people's life world change with time and place. Van den Berg shows through his rich descriptions of everyday phenomena how a phenomenological approach can provide research and practice the humanity in illness by emphasizing experience. Van den Berg does not distinguish between the «within» and the «outside» perspective of human subjectivity because subjectivity exists in the world. The answer to questions like: «How is it to experience a particular phenomenon?» is therefore not to be found within the individual, but in the person's description of their world.

**Nøkkelord:** J. H. van den Berg, fenomenologi, livsverden.

## **Bakgrunn**

I fenomenologisk forskning er vi interessert i spørsmål som: Hvordan er det å oppleve et bestemt fenomen (Todres, Galvin, & Dahlberg, 2014)? Dette enkle spørsmålet utfordrer oss, og kvantitativ forskning kan foreløpig ikke gi oss et tilfredsstillende svar på hvordan en lidelse oppleves. En fenomenologisk tilnærming kan tilføre forskning og praksis menneskelighet ved å sette til side teoristyrte variabler for lidelser eller sykdommer og i stedet bringe frem rike beskrivelser av hvordan fenomener fremtrer for bevisstheten. For hvis det er en forskjell mellom en leges objektive kunnskap om sykdommer og pasientens erfaring av lidelser, så kan det være at de lever i to forskjellige virkeligheter (Toombs, 1992). Selv om fenomenologi ikke kan ta vekk opplevelsen av smerte og ikke er den eneste kilden til kunnskap om lidelser, vil et fenomenologisk perspektiv som bringer frem den andres opplevelse, bidra med å gi psykisk helsearbeidere et bedre vurderingsgrunnlag (Kestenbaum, 1982). Med andre ord forsøker vi i fenomenologien å tydeliggjøre den andres livsverden, noe som gir forskning og praksis en bru til hvordan det er for den andre å oppleve en lidelse.

Innenfor det som er blitt kalt den fenomenologiske bevegelsen, finner vi psykiater Jan Hendrik van den Berg (Spiegelberg & Schuhmann, 1982). Han har gitt oss rike beskrivende tekster av hvordan mennesket opplever det å være i verden, og han viser oss hvordan naturvitenskapen gjennom å forklare verden har mistet menneskets essens av syne. I denne artikkelen vil vi vise hvordan van den Berg løfter frem endring i psyken som menneskets essens. At mennesket har potensial for å endre seg, har recovery-forskningen vist oss (Davidson, Rakfeldt & Strauss, 2010), og for van den Berg er det hele livsverdenen som endrer seg. Det vil si den verden vi tar for gitt, og som vi alle er født inn i, og hvor vi lever våre vanlige, ordinære og hverdagslige liv der vi står opp, vasker oss, spiser frokost, går på jobb, kommer hjem, møter venner og familie, spiser middag, slapper av og går til sengs (Giorgi, 2009, s. 10).

Van den Berg beskriver hvordan lidelse kan endre hele vår livsverdenen og hvordan nye bekymringer og utfordringer oppstår når vår verden endres. Det er andre utfordringer som møter en ung mann som går gatelangs i en by når husene lener seg grå, truende og

fremmede over ham, enn det er for en realitetsorienterende terapeut. Den unge mannen lever i en annerledes eksistens, men en eksistens som er like virkelig for ham som den terapeuten opplever som sin. Når livsverdenen som personen lever i, ser annerledes ut, må terapeuten prøve å se verden slik den er for den unge mannen for å vite hvilke problemer han står ovenfor. Vi kan derfor ikke skille mellom «innenfra»-perspektivet og «utenifra»-perspektivet, for ifølge van den Berg er personens subjektivitet i personens objektive verden og den objektive verden er i personens indre opplevelse<sup>ii</sup>. Vi kan ikke lete etter en lidelse inne i individet, for den er der ute i personens verden.

### **Nattansikt**

Van den Berg, som døde 98 år gammel i 2012, var både psykiater og klinisk psykolog, men hans store lidenskap var historisk psykologi. Van den Berg ble født i Deventer i Nederland og utdannet seg til lærer før han begynte på medisinerstudiet med spesialisering i psykiatri og nevrologi. I 1946 fullførte han sitt doktorgradsarbeid med en avhandling om schizofren psykose som omhandlet betydningen av den fenomenologiske eksistensielle antropologi i psykiatrien. Det var spesielt fenomenologi van den Berg var interessert i, og han studerte tenkere innenfor den fenomenologiske bevegelsen som Heidegger, Sartre og Merleau-Ponty. Han var som Merleau-Ponty (2012) opptatt av verden slik vi lever den, og av å beskrive opplevelser som de er for oss, uten å bringe inn fenomeners psykologiske opprinnelse eller årsaksforklaringer. Med andre ord; det er rike beskrivelser av hvordan fenomener erfares i hverdagslivet, og ikke forklaringer av hva fenomenene er, van den Berg retter vår oppmerksomhet mot.

Ifølge Merleau-Ponty (1964, s. 159) lager vitenskapen begrensede modeller av ting som den manipuleres og på den måten gir opp å leve i verden. Van den Berg (1980) var betenkt over hvordan verden er blitt redusert av naturvitenskapen til en uforanderlig struktur av lover som riktignok får biler til å kjøre, fly til å fly og bomber til å sprenges, men fremmedgjør oss fra verden gjennom å omgjøre den til vitenskapelig data. I en forelesning beskrev van den Berg (1980) hvordan alle objekter i den vestlige verden nå er berørt av vitenskapens nattansikt. Nattansikt fordi vi i jakten på det uforanderlige ikke får frem skjønnheten i en foranderlig verden som dagslyset frembringer. Det at ting

endrer form og farge, var ikke en illusjon for van den Berg. For ham (1970) var solen konkret større og rødere når den stuper ned i horisonten, enn hvis han forsiktig glimter opp på den en varm sommerdag sittende i skyggen under et tre. Verden slik vi opplever den, er med andre ord like virkelig for van den Berg som den verdenen vitenskapen frembringer.

I 1951 fikk van den Berg en lektorstilling ved universitetet i Utrecht, og han ble en del av den såkalte Utrecht-skolen, som vokste frem i Nederland på begynnelsen av 1950-tallet. Utrecht-skolen var en samling av akademikere fra forskjellige fagfelt som leger, psykologer, pedagoger og psykiatere som var opptatt av fenomenologi (van Manen, 2014). De styrte unna diskusjoner om teoretiske, metodiske og tekniske filosofiske problemstillinger og var først og fremst interessert i fenomenologi som et praktisk og reflekterende foretak innenfor sine respektive disipliner.<sup>iii</sup> De beskrev hverdagsfenomener som barnets første smil, barnets hemmelige rom, det å falle i søvn, opplevelsen av hotellrom og av å kjøre bil (Levering & van Manen, 2002). Et godt eksempel på en slik beskrivende tekst finner vi i van den Bergs bok *The Psychology of the Sickbed*.

I hear that the day has begun out in the street. It makes itself heard; cars pull away and blow their horns, and boys shout to one another. I have not heard the sounds of the street like this for years, from such an enormous distance. The doorbell rings; it is the milkman, the postman, or an acquaintance; whoever it is I have nothing to do with him. The telephone rings; for a moment I try to be interested enough to listen, but again I soon submit to the inevitable, reassuring, but at the same time slightly discouraging, knowledge that I have to relinquish everything. I have ceased to belong; I have no part in it. The world has shrunk to the size of my bedroom, or rather my bed (1952/2012, s. 384).

Sengen som for den friske er et sted for avslapping og for mange av oss intimitet, blir for den syke et fengsel hvor lydene utenifra blir en påminnelse om verdenen som personen ikke lenger er en del av. Senge er den samme, men likevel ikke den samme. Både kroppen og verden oppleves annerledes for den syke; lever den syke da i en annen verden?

### **En annerledes verden**

I den leseverdige boken *A Different Existence. Principles of Phenomenological Psychopathology* (van den Berg, 1972), som fortsatt er en utmerket introduksjon til fenomenologi (van Manen, 2011), får vi en konkret skildring av en ung mann som oppsøker van den Bergs kontor. Den unge mannen erfarer verden som truende, grå, forfallen, nedslitt og fremmed, og van den Berg skriver at «the patient is ill; this means that his world is ill, literally that his objects are ill» (1974, s. 46). Den unge mannens beskrivelse er så overbevisende at han ifølge van den Berg lever i en annerledes verden, men som er like virkelig for ham som den vanlige sunne verden er for oss. Det er derfor fruktesløst å forsøke å realitetsorientere ham, og van den Berg skriver:

Just outside the door, the patient grabs my arm, his face gets a glassy expression and he looks about anxiously. When I ask what the trouble is, he replies that the street frightens him. It looks so strange. So wide, and yet so narrow. The houses lean over the street, he expects them to collapse. I talk to him quietly and tell him that there is nothing wrong with the street, that it even looks quite agreeable, but he shakes his head and is not convinced (1974, s. 10).

Den unge mannens verden er trang. Lidelsen er ikke i den unge mannen, men kan ses i hans verden. Han klager ikke på noe langt inne i sinnet eller psykologiske symptomer, men på omgivelsene og på fysiske plager. For eksempel, da den unge mannens hjerte banket kraftig og hjertelegen ikke kunne finne noe feil med hjertet hans, så var likevel hjertet hans dårlig. Problemet er ifølge van den Berg (1972) at de snakker om ulike organer. Legen anser hjerte som en muskel, men for den unge mannen er hjertet sentrum for hele hans verden. Verden og kroppen kan ikke skilles, ifølge van den Berg. Kroppen er ikke noe en person har, kroppen er noe den personen er. Så tett er relasjonen mellom mennesket og verden sammenvevd at hvis de skilles i en psykologisk eller psykiatrisk undersøkelse, så mister individet sin partikularitet og verden slutter å være hans eller hennes verden. Den unge mannens hjerte er noe han er og ikke noe han har som kan bli dissekert. For det hjertet vi kan forsøke å forstå, er ikke det hjertet som kan bli dissekert (van den Berg, 1972, s. 51).

Van den Berg (1972) beskriver hvordan den unge mannen er i verden gjennom de fire eksistensialene «verden», «kropp», «andre mennesker» og «tid», som er gjensidig

implisitt i hverandre og gir andre forståelser av psykiske lidelser enn variabler, årsaksforklaringer eller diagnoser. Den unge mannens verden er truende med fargeløse hus som lener seg over ham, hjertet banker i kroppen hans, andre mennesker er som fremmede for ham, og han trekker seg vekk fra den sosiale verdenen og han husker svært lite fra sin barndom og unngår å prate om fremtiden. Van den Berg beskriver den unge mannen som et menneske som strever i sitt levde liv, og den primære oppgaven er å se den unge mannens verden.

### **Ensomhet**

Van den Berg var ikke imot teori, men før teori må vi beskrive hvordan personen er i verden og hvordan personen er der med tingene i sitt hverdagsliv. For van den Berg manifesterer ikke det psykologiske seg som en indre mental tilstand som pasienter får tilgang til ved introspeksjon uten referanse til kroppen og omverdenen. Personens subjektivitet er i verden slik at andre kan lære å se det den andre ser. Det er tingene i verden vi har til felles, og han skriver «as long as psychology is based on philosophical interpretation considering the existence of the soul to be locked within the body, psychology could not be expected to be concerned with objects» (1972, s. 67). Forbindelsen mellom mennesker er ikke – som det ofte argumenteres med i psykologi – «mellom» mennesker fordi «mellom», er det ingenting. Vi må unngå ifølge van den Berg å se forbindelsen mellom to mennesker som forbindelse mellom to «sjeler» (1972, s. 67). Forbindelsen er for ham ikke i relasjonen i seg selv, men manifesterer seg som «physionomies of a world, as nearness or distance of duties or plans, *of objects*» (van den Berg, 1972, s. 68, kursiv i original). Hvis noen spør oss hvordan vi har det, svarer vi ifølge van den Berg ikke med å beskrive vårt indre selv, men med å beskrive ytre ting som at vi har et fint hus eller gode venner (1956/1983, s. 224). For å få innsikt i en annen person, vaner, tilstand eller forstyrrelser må vi ifølge van den Berg ikke vektlegge en introspektiv undersøkelse av pasientens subjektive private verden, men undersøke pasientens verden gjennom hans eller hennes beskrivelser av verden slik den erfares i det hverdagslige liv (1972, s. 39).

Van den Berg illustrerer hvordan objekter kan fortelle om personens verden gjennom en historie der han sitter og venter på en gammel god venn som han hadde ringt noen dager

i forveien og invitert hjem (1972, s. 33). Han hadde kjøpt en flaske vin som han satte ved siden av peisen som han hadde tent opp. Hele rommet var fylt av forventninger om de gode samtalene som skulle komme mellom to gode venner. Mens han sitter og venter på sin venn, ringer telefonen og hans venn forteller at han er blitt forhindret fra å komme og de avtaler en ny dag for å møtes. Når han legger på telefonen, er stillheten i rommet mer påtrengende. Timene foran ham virket lengre og tommere, og vinflasken ble stående som et symbol på hans ensomhet. Det er en interaksjon mellom ham og objektene i rommet. Så hvordan ser han vinflasken i den nye situasjonen? Svaret er enkelt, han ser en grønn flaske med en hvit etikett med trykte ord på som han kan lese ved en nærmere undersøkelse. Han kan fortsette å gi en detaljert beskrivelse av vinflasken, men det han egentlig ser er ikke den grønne flasken eller etiketten. Han ser en skuffelse over at hans venn ikke kommer og sin egen ensomhet den kvelden.

Dette er ikke en form for projeksjon, ifølge van den Berg (1972), for hvis han retter spørsmålet om hvordan han føler seg, mot seg selv fremfor mot flasken, ville han ikke kunne observere sin ensomhet så klart eller som mer virkelig. Introspeksjon kan ikke fortelle ham hvordan han føler seg, for når han utelater alt utenfor seg selv for å undersøke sine følelser, så vet han ikke hvordan han kan undersøke sine følelser. Hans ensomhet realiseres i det rundt ham, som rommet, peisen og vinflasken, og inne i alt dette ser han fraværet av vennen. Ensomheten hans er vinflasken; som sykdommen var sengen.

### **Metabletics**

Vi lever i en verden som konstant endrer seg, noe som tydelig kommer til uttrykk i det van den Berg (1956/1983) kaller psykologisk historie. Mennesker som har eksistert før oss, levde i en annerledes verden ifølge Van den Berg, og han utviklet en kvalitativ metode som han kalte *metabletics* for å beskrive dette. Metabletica stammer fra et gresk verb som indikerer endring, og det er en metode for å studere endringer i virkeligheten av ting, i verden og i menneskeheten. Grunntanken er at mennesker endres, og at fortidens mennesker ikke bare levde et annerledes liv, men de var ifølge van den Berg også essensielt annerledes (1956/1983, s. 8). I korthet kan vi si at kjernen i metabletica

ligger i en overbevisning om at enhver historisk periode har sin virkelighet og sannhet som kommer til uttrykk i hvordan mennesker opplever og handler i verden rundt seg.

Det spesielle med *metabletica* som metode er at det nærmer seg sitt studieobjekt ikke diakronisk som å studere utviklingen gjennom tid, men synkront fra når fenomenet dukker opp, og viser seg i ulike hendelser i løpet av samme felles sosio-historiske periode (van Manen, 2014). Vi som mennesker endres gjennom historiens gang fordi verden vi lever i, endres. Ifølge Mook, som anvender van den Bergs historiske metode, så skiller van den Berg mellom to virkelighetsstrukturer; vitenskapens verden med underliggende uforanderlige lover og den stadig endrede verdenen som vi lever vårt hverdagsliv i (Mook, 2009). For eksempel beskriver van den Berg (1956/1983) hvordan forholdet mellom voksne og barn endres fra 1300-tallet og frem til i dag. Han undrer seg over hvordan barndom ikke alltid har eksistert og hvordan barn ble ansett som små voksne. Han søker tilbake til Montaigne uten å finne spor av det vi i dag kaller barndom, først i Rousseaus samtid finner han beskrivelser av barnet som et barn der det ikke lenger behandles som en voksen.

Vi forstår at menneskenes livsverden er endret. Stjernene på nattehimmelen i middelalderen var forskjellig fra de gnistrende atomeksplosjonene vi ser i dag (Romanyshyn, 2008b). Mennesker i fortiden levde i en annerledes verden enn vår. Vi kan ifølge Romanyshyn (2008a), som er en viktig formidler av van den Bergs tekster for et engelskspråklig publikum, spørre oss om hvorvidt mennesker i fortiden opplevde verden som mindre sann. Dette er beslektede tanker med Thomas Kuhns vitenskapelige paradigmer, og van den Berg omtaler Kuhn som «co-metablicist» (Mook, 2009). Det er ikke tilfeldig at van den Bergs, Kuhns, og også Foucaults tanker er beslektet, men van den Berg var en av de første til å løfte frem hvordan hver tidsperiode har sin egen virkelighet<sup>iv</sup>.

I boken *Divided Existence & Complex Society. An Historical Approach* får vi et konkret eksempel på bruk av hans metode. Her utforsker van den Berg (1974) forholdet mellom personlighet og samfunn. Han spør hvorfor begrepene nevrososer og det ubevisste ble født akkurat på slutten av 1900-tallet. For ham ligger svaret i den stadige økende



kompleksiteten i vestlige samfunn som i siste del av det 18. århundret bryter opp selvets enhet og førte mennesket inn i en ny tilstand av dobbel eksistens. Han sporer denne utviklingen gjennom å vise hvordan en dobbelthet i den menneskelige eksistens dukker opp for første gang i historien og kommer til uttrykk i ulike fenomener som interesse for hypnose, det okkulte, det ubevisste og i fremveksten av «dobbeltgjengere», som for eksempel Mr. Jekyll og Mr. Hyde som tema i litteraturen. For van den Berg var ikke oppdagelsen av det ubevisste en vitenskapelig oppdagelse, men avspeilte en grunnleggende endring i verden på 1800- og 1900-tallet der mennesket ble fremmed for seg selv.

### **Livsverden**

I vår samtid blir ifølge Svenaeus (2013) stadig flere aspekter av menneskers liv kategorisert som sykdom. Nattansiktet har fått forrang, og van den Berg gir oss en forståelse av hva som står på spill. Vi kan synke inn i nattansiktets forklaringer, der verden dekontekstualiseres og vi blir fremmede for oss selv, eller vi kan søke å forstå verden slik den oppleves på godt og vondt gjennom vårt livsløp. Det er dagslyset som er det primære for van den Berg, ikke som en privat og subjektiv verden som er skjult; den eksisterer der ute, og vi kan lære å se hvordan verden er for den andre gjennom beskrivelser av den andres livsverden. Så hvordan fortøner dette seg i praksis?

Ifølge Giorgi (1985) var Van den Berg misfornøyd med tradisjonell terapi som fornekter pasienters opplevelse, og viser oss en fenomenologisk form for terapi som er forankret i beskrivelser og søken etter essensiell mening. Psykisk helsearbeid handler om opplevelser og om hjertet som hamrer i brystet, og om solens foranderlighet. Van den Bergs relevans finner vi ute i feltet som i denne situasjonsbeskrivelsen skrevet av en student i videreutdanning for psykisk helsearbeid som i sin praksisperiode i 2013 opplevde dette:

Telefonen ringer og jeg tar telefonen. Det er en betjent i fengselet som forteller at han nå sender ned «Daniel» til helseavdelingen fordi han har brystmerter. De andre sykepleierne på avdelingen spør hvem det er som kommer ned, hvor jeg forteller dette. «Å, han igjen, han har sikkert vært her ti ganger før. Han har vært på legevakten flere ganger, og dessuten har han vært innlagt på sykehuset for hjerte- og

lungeutredning, men de finner aldri ut noe galt.» Jeg trekker pusten dypt og venter på at Daniel kommer som avtalt, hjertet hamrer litt ekstra, og jeg gjør klart blodtryksapparatet. Imot meg kommer en mann i 50-årene iført en treningsdrakt. Han ser ned i gulvet og holder seg på hjertet. Det virker som han hyperventilerer litt. Jeg prøver å være rolig i stemmen, men kjenner selv at hjertet mitt dunker litt ekstra, stemmen er litt rusten og jeg sier; «Hvordan går det med deg?». Uten at pasienten får sjansen til å snakke, tar jeg frem blodtryksapparatet og forteller at blodtrykket er 130/70, pulsen er 64 og regelmessig. Pusten til pasienten roer seg litt. «Jeg vondt brystet – mange ganger her –aldri gjøre noe – jeg ikke bra», sier Daniel. Pasienten begynner å hyperventilere igjen. Jeg tar telefonen og ringer til legen og forteller om pasienten. Legen har tydelig dårlig tid og sier «du, han der kjenner jeg godt, han har ofte sånne problemer, det er ikke noen tiltak du må gjøre nå. Han sliter psykisk, tror han sitter inne for en stygg sak. Kan du forresten sjekke om han sover godt, hvis ikke kan du sette han opp på Melatonin, beroligende medisiner gir vi jo ikke ut!». Jeg formidler videre til Daniel noe av telefonsamtalen fra legen. Sier at jeg skjønner hans problemer, men at jeg ikke kan hjelpe han noe mer nå. Sier at jeg skal ta kontakt med kontaktsykepleieren hans, slik at de kan ta seg en prat i morgen. «Ha det», sier pasienten. Neste pasient sitter nemlig på gangen og venter. Jeg kjenner klumpen i magen, det var nå jeg skulle hatt tid til en samtale.

Daniel og legen lever i to forskjellige verdener. Som psykisk helsearbeidere må vi forholde oss til begge verdenene for det er vår vanskelige oppgave å skifte mellom det van den Berg kaller dagslyset og nattansiktet. Men for å svare på spørsmålet om hvordan det er å oppleve et bestemt fenomen som for eksempel hjertebank, er det primære å forstå pasientens verden, og på den måten kan psykiske helsearbeidere bli «imaginatively sensitive to what the person is trying to «reach for»» (Todres et al., 2014, s. 9). Fenomenologi er således en bru til den levde verden av lidelsen og kan tilføre mer menneskelighet i møte med mennesker som opplever vansker i sine liv.

### **Avslutning**

Det å «se med nye øyne» er ifølge Finlay (2013, s. 4) det som skiller fenomenologi fra andre forskningstilnæringer som utforsker erfaring og subjektivitet. For van den Berg er det ikke kun nye øyne, men det å se verden med andre øyne som er det sentrale. Hvordan ser verden ut for en person som er syk eller en person som levde i en annen tid? Fenomenologiske forskere i helsefeltet som blant andre Giorgi (1985; 2009) og Todres, Galvin og Dahlberg (2007) forsøker å svare på slike spørsmål gjennom å diskutere metodiske spørsmål om hvordan erfaringer fra andre kan bringes frem. Van

den Berg bruker innholdsrike beskrivelser for å bringe frem menneskers livsverden slik de er i deres hverdagsliv. Han synliggjør at de utfordringer et menneske står overfor, er i personens verden, og at utfordringene endrer seg hvis den verdenen personen lever i endrer seg.

Fenomenologi kan tilføre menneskelighet i lidelsen i en tid der mennesket ifølge Svenaeus (2013) er blitt en homo pathologicus som lider på et vitenskapelig vis, men naturvitenskap kan foreløpig ikke forklare alt ved menneskets eksistens. Fenomenologi er ikke imot naturvitenskap eller kvantitativ metode eller et forsøk på å si at kunnskap brakt frem av naturvitenskap er falsk og overflødig, men fenomenologi har en iboende kritikk av troen på at vitenskap kan måle alt uavhengig av vår erfaringsverden (Gallagher og Zahavi, 2012). Det er gjennom rike beskrivelser av hvordan det er å oppleve et fenomen van den Berg minner oss på at naturvitenskapen ikke må glemme menneskets essens. For å unngå at vitenskapen fremmedgjør oss fra oss selv trenger vi andre briller for å gripe hvordan det er å oppleve et fenomen. For som vi har sett, den unge mannens verden var trang, men vi kan se den. Solen er større når den går ned i horisonten vi kan se det sammen. Vi kan se ensomheten i vinflasken, og vi kan dele opplevelsen av sykesengen. Med en fenomenologisk tilnærming kan vi dele og anerkjenne den andres verden, selv om den andre lever i en annerledes eksistens.

<sup>i</sup> Takk til Inger Kallevik for hennes bidrag i denne artikkelen, Lars Bauger og Olav Tangvald-Pedersen for kommentarer. De er ikke ansvarlig for innholdet i artikkelen.

<sup>ii</sup> Merleau-Ponty (2012) utsagn «The interior and the exterior are inseparable. The world is entirely on the inside, and I am entirely outside of myself» (s. 430) illustrerer det samme poenget.

<sup>iii</sup> Van den Berg foreleste ved Duquesne University i Pittsburgh på 1970-tallet og preget der den beskrivende fenomenologien slik den senere er blitt utviklet av Giorgi i hans deskriptive fenomenologiske metode.

<sup>iv</sup> Levering, B. Personlig kommunikasjon på Universitetet i Utrecht august 2013.

## Referanser

- Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. S. (2010). *The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned*. Chicester: Wiley-Blackwell.
- Finlay, L. (2013). Unfolding the phenomenological research process: Iterative stages of "seeing afresh". *Journal of Humanistic Psychology*, 53(2), 172–201. Doi: 10.1177/0022167812453877

- Gallagher, S., & Zahavi, D. (2012). *The phenomenological mind* (2nd ed.). London: Routledge.
- Giorgi, A. (1985). Toward a phenomenologically based unified paradigm for psychology. In D. Kruger (Ed.), *The changing reality of modern man: Essays in honour of Jan Hendrik van den Berg* (20–34). Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research: Essays*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.
- Kestenbaum, V. (1982). *The humanity of the ill. Phenomenological perspectives*. Knoxville: The University of Tennessee Press.
- Levering, B., & Van Manen, M. (2002). Phenomenological anthropology in the Netherlands and Flanders. In: Tymieniecka, T. (ed.) *Phenomenology World-Wide*. 274–286 Dordrecht: Kluwer Press.
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Merleau-Ponty, M., & Edie, J. M. (1964). *The primacy of perception and other essays on phenomenological psychology, the philosophy of art, history, and politics*. Evanston, Ill.: Northwestern University Press.
- Mook, B. (2009). The metabletic method: An interdisciplinary look at human experience. *Phenomenology & Practice*, 10(2), 26–34.
- Romanyshyn, R. D. (2008a). Jan Hendrik van den Berg answers some questions. An interview with J. H. van den Berg. *Pacifica Graduate Institute Janus Head*, 10(2), 377–383.
- Romanyshyn, R. D. (2008b). The despotic eye: An illustration of metabletic phenomenology and its implications. *Pacifica Graduate Institute Janus Head*, 10(2), 507–527.
- Spiegelberg, H., & Schuhmann, K. (1982). *The phenomenological movement: A historical introduction* (3., rev. and enl. ed.). The Hague: Nijhoff.
- Svenaesus, F. (2013). *Homo Patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid*. Hägersten: Tankekraft.

- Todres, L., Galvin, K., & Dahlberg, K. (2007). Lifeworld-led healthcare: revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Med Health Care Philos*, 10(1), 53-63. Doi: 10.1007/s11019-006-9012-8
- Todres, L., Galvin, K. T., & Dahlberg, K. (2014). «Caring for insiderness»: phenomenologically informed insights that can guide practice. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 9, 21421. Doi: 10.3402/qhw.v9.21421
- Toombs, S. K. (1992). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher.
- Van den Berg, J. H. (1970). *Things: Four metabletic reflections*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Van den Berg J. H. (1972). *A different existence: Principles of phenomenological psychopathology*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Van den Berg, J. H. (1974). *Divided existence and complex society: An historical approach*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Van den Berg, J. H. (1980). Phenomenology and psychotherapy. *Journal of phenomenological psychology*, 11(2), 21–49.
- Van den Berg, J. H. (1956/1983). *The changing nature of man: Introduction to historical psychology*. New York: W.W. Norton.
- Van den Berg, J. H. (1952/2012). The Meaning of being-ill. *Medische Antropologie*, 24(2), 283–391.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. London, Ont.: Althouse.
- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice meaning and method in phenomenological research and writing*. California: Left Coast Press, Inc.

## 8.2 Artikel II

Artikel II



**When everyday life becomes a storm on the horizon: Families' experiences of good mental health while hiking in nature**

Børge Baklien<sup>29</sup>

Faculty of Health and Social Studies, Telemark University College, Porsgrunn, Norway

Rob Bongaardt

Faculty of Health and Social Studies, Telemark University College, Porsgrunn, Norway

Borgunn Ytterhus

Department of Social Work & Health Science, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

---

<sup>29</sup> Correspondence to: Børge Baklien, Faculty of Health Studies, Telemark University College, Box 203, N-3901 Porsgrunn, Norway. Tel: +47 35 57 54 51. Fax: +47 35 57 54 01. Email: borge.baklien@gmail.com



**When everyday life becomes a storm on the horizon: Families' experiences of good mental health while hiking in nature.**

Hiking in nature is often presented as a yearning for lost harmony premised on an alleged divide between nature as authentically healthy and society as polluted. This paper's aim is to question this strict divide and the strong belief in nature as having an innate health-providing effect (the biophilia hypothesis) by examining what Norwegian families with young children experience when walking in the forest. Twenty-four conversations with families during a hiking trip in the forest were tape-recorded, and the data was analysed with Giorgi's descriptive phenomenological research method. The paper introduces the general descriptive meaning structure of the phenomenon 'family-hiking with young children'. It shows that a hiking trip clears space for the family in their everyday lives which is largely dominated by relations with non-family members at both work and leisure. The families experience that they actively generate a different existence with a sense of here-and-now presences that can strengthen core family relations and also provide the opportunity to pass down experiences that can be recollected and realized by future generations. This experience is complex and constituted by social practices, which indicate that the biophilia hypothesis seems to be an insufficient explanation of why families go hiking in nature. Nature rather represents a peaceful background that allows for the perpetuation of the family as a social institution and the recreation of cohesion in everyday life.

**Keywords:** mental health, well-being, Norway, family traditions, hiking, phenomenology.

## **When everyday life becomes a storm on the horizon: Families' experiences of good mental health while hiking in nature.**

### **Introduction**

The desire to turn to nature as a remedy to escape urban life is grounded in a long tradition in Europe. In 1912 a German sociologist sent a questionnaire to 107 German workers about walking in the countryside. The responses revealed a desire for relief from stress in industrial society and a feeling of peaceful contemplation (Williams 2007). Nature was experienced as authentic as opposed to society as a distortion of nature. Hiking represented a yearning for lost harmony. This paper describes how Norwegian families enact the great divide between nature as authentic and society as polluted in search of good mental health while hiking in nature. Norwegians consider hiking in nature as important both to improve health and to achieve feelings of well-being and identity (Fugelli and Ingstad 2001). About 75% of the population of the Norwegian capital Oslo walk in the forest weekly or monthly on an average throughout the year (Lund 2007). This entails, as the Norwegian Ministry of the Environment (2009, 19) put it, a sense of 'getting *away*, in addition to going to *something*'. The purpose of this paper is to explore whether, and if so how, Norwegian families experience anything that might have a positive bearing on their mental health when they go hiking together and are getting away from the bustle of everyday life.

There are increasing concerns among policymakers and public health officials about mental health and well-being (White et al. 2013). Forests have become viewed as a resource with a huge potential for mental health promotion at low cost (Karjalainen, Sarjala, and Raitio 2010). Urban planners are urged to move nature into the urban space as green areas (White et al. 2013). The research-base of such health policy is the wealth of quantitative research that sustains nature as a source of mental health and wellbeing (Bowler et al. 2010). This literature is often grounded in the biophilia hypothesis that maintains that humans have an innate bond with nature and that being in nature enhances well-being (Wilson 1984). Ensuing research underscores that exposure to the world of nature decreases illness and increases health (Mayer et al. 2009) and discussions have centred on the best dose of nature to improve mental health (Barton and Pretty 2010), how nature has the protective function of *vis medicatrix naturae*

(Logan and Selhub 2012), the idea that disconnection between children and nature can be diagnosed as 'nature deficit disorder' (Louv 2009), nature's treatment potential (Ottoosson and Grahn 2008), how nature makes us more caring (Weinstein, Przybylski, and Ryan 2009) and the increased happiness of nature lovers (Cervinka, Roderer, and Hefler 2012).

These kinds of studies seem to take for granted nature as an external reality that can be studied objectively without reference to human practice. Nature and society are kept apart by 'purification', creating 'two entirely distinct ontological zones: that of human beings on the one hand; that of nonhumans on the other' (Latour 1993, 10-11). Macnaghten and Urry (1998, 22) argue against 'environmental realism' whereby nature is considered as independent of human practices and 'environmental instrumentalism' in which the relationship of individuals or groups to nature is considered to be motivated by a cost-benefit analysis. For them there 'is no such thing as nature, only natures'. Their arguments can be understood as an attempt to define human understanding of nature as a product of social practices. To go hiking in nature is a social practice or an effort to realize cultural values and these values are not in nature itself but in the dialectical relationship between perceptions and behaviour (Broch and Kalland 2004). Nature is produced by humans as meaningful through different social practices that have varied considerably over time and across different societies (Macnaghten and Urry 1998; 2000). Nature as constituted by a social practice such as hiking is a window into society and as Mary Douglas put it, 'the nature we perceive and discuss reveals as much about ourselves as about anything actually out there' (Douglas in Witoszek and Gulbrandsen 1993, 8). If nature is considered to be a social practice, then a qualitative phenomenological approach is appropriate to describe families' experiences while hiking and the social world it reveals.

On the face of it families in this study gave no more concrete answers than the industrial workers in 1912. But as a closer look at the data shows hiking as a family is a way to isolate a space within everyday life to cultivate the family as a social institution by strengthening the relations between family members as a group. In this paper it will be shown how Norwegian families describe nature as space without the social constraints of everyday life. While hiking they can strengthen the core family relations and values in an existence different from everyday life. Beyond the constraints of

obligations, electronic devices and large social networks that pull them apart into different worlds, the parents feel able to pass on experiences that capture central values for family life and well-being and can be realized by future generations.

## **Method**

### ***Data collection***

The first author conducted fieldwork among families hiking in Norwegian forests during the autumn, winter and spring of 2011/12. Families in this study consist of mothers and fathers with one or more children. He approached families sitting by a lake, usually at a campfire, mostly during weekends. Their behaviour and interaction were observed, field-notes were written immediately after the trip and twenty-two casual conversations were tape-recorded. These informal conversations varied from approximately 10 to 30 minutes and were in the form of a dialogue where he asked the family to tell him about good experiences of being together as a family in nature. Some of the dialogues were with two families hiking together; they were conducted standing up, sometimes on cross-country skis, or squatting. During the dialogues the families made pancakes or heated hot dogs on sticks in the campfire or enjoyed other food they had brought with them.

This fieldwork was combined with two in-depth interviews conducted by walking along with families to obtain more in-depth data and rigour. Two families blogging about family life and hiking on the Internet were contacted. An appointment was made to walk along with them on a short trip. Both families took the interviewer along to a place they frequently visit and where they had made a *gapehuk* (small shelter) and a campfire site a short walk from their home. One interview was on a Saturday evening in the autumn, while the other was on a cold Wednesday evening in December. These interviews lasted for about two hours and were conducted while sitting around the campfire having food and coffee.

The method used was inspired by studies where the researcher goes along with the informants (Miller 1988; Kusenbach 2003) and which include participant observation. By being present in the situation the researcher could observe how families interacted. However it is the interview data that is presented in this paper. The parents

dominated in the interviews, but in families with school-age children, the children were more active in the dialogue.

### ***Data analysis***

This study is grounded in phenomenological philosophy that originated with Husserl who followed Franz Brentano's insight that consciousness is intentional and always directed or oriented toward particular objects of experience that make the world present to us. The issue is not to mirror reality as in natural science but to give detailed descriptions of lived reality as it is experienced as 'simply there for me' (Husserl and Welton 1999, 60). The researcher needs to 'bracket' or put aside assumptions and theoretical and practical preconceptions about the phenomenon in order to arrive at the phenomenon as openly as possible to enable a focus on how people immediately experience the world in which they live (van Manen 2014). According to Giorgi (2009), this is difficult but not impossible. It implies that the researcher focuses on the family's present experience without letting his/her own past knowledge be activated to influence the on-going experience (Giorgi 2009, 92). The first author had that in mind during the fieldwork and interviews, and tried to be as close to the families' experiences as possible.

What Husserl developed into a philosophical method to understand how the world appears in consciousness, the phenomenological researcher Giorgi (1985, 2009) has developed into as a scientific research method. His method is one of the most rigorous and internally consistent adaptations of Husserl's philosophical phenomenology. It consists of four steps that lead to a general structure of the experience that could be repeated by other researchers with the same point of departure.

The first author transcribed all the interviews and the transcripts were analysed according to Giorgi's (2009, 2012) phenomenological research method by all three authors. First of all the entire transcript of the description obtained from each family was read several times order to grasp the sense of the whole. This provided an understanding of what the data was about. Secondly, while rereading each description, still within the phenomenological reduction, spontaneous shifts in meaning were demarcated into meaning units, not as an intellectual discrimination, but based on a sense of change in the meaning expressed in the text (Giorgi 2009, 145). Thirdly, the

meaning units were transformed into coherent language by reflecting on each one individually in order to discern what it revealed about the phenomenon under investigation and to describe it as it presented itself to consciousness, using imaginative variation (Giorgi 2009, 195-198). During imaginative variation the descriptions were probed by trying out different formulations and thereby teasing out invariant meanings. In this analytical step the aim is to discover the essence of this experience in a dialogue between the described meaning units and the researchers before moving on to the fourth phase. In the fourth phase these more sensitively expressed meaning units were synthesized into a consistent statement that expressed the structure of the experience of the phenomenon. In this step the researchers trusted their memory to achieve a holistic view. They did not build up the essential structure from meaning units but rather aimed at the whole and then compared it with the data. Then the constituents in the essential structure were checked against the data material to determine whether that was where they originated. Such written contextualized structure is the essence of the findings. This approach did, however, not involve applying a thematic analysis that reduces health to the families' idea of the phenomenon, but rather to 'seek what in fact it is for us, prior to every thematization' (Merleau-Ponty 2012, xxix).

### **Findings**

First presented is a general descriptive meaning structure of the experience of good mental health when the family is hiking in nature. Then the constituents are presented in the following order: i) creating a space in everyday life to cultivate the family as a social institution; ii) generating a different existence with a sense of here-and-now presences; iii) passing down experiences that can be realized by future generations. These constituents are highly interrelated and 'the structure is the relationship among the constituents' which mean that the constituents are a mindful part of the whole, unlike an element that is a part that is independent of the whole in which it resides (Giorgi 2009, 102).

#### ***The general descriptive meaning structure of the phenomenon***

Before family P breaks away, still immersed in the everlasting flow of everyday life, the different family members experience being absorbed in their own life world, their own

horizon and their own doings, thus focusing on something else than a communal feeling of being at home with others. A good mental health situation arises when family P breaks away from the never-ending flow of upcoming events of everyday life while hiking in nature and experiences how the world of upcoming events slows down and is replaced with a world of here and now. When the family is removed from the strains and stresses of everyday life, nature constitutes a peaceful background devoid of everything superfluous and everyday life appears at a distance as a storm on the horizon; the family thus makes a space to cultivate the family as a social institution. When family members are hiking in nature their separate existences at home change and they experience being elevated into an intersubjective world with a presence in each other's life worlds. By generating a different existence in nature they sense cohesion in the family as soon as they experience being at home and being in nature as two different but interrelated worlds. By comparing their experience of presences and being together, active and healthy with their experience of everyday life full of disturbances, the family members experience good mental health as they seek to fulfil their aspirations to realize who they want to be. When the parents pass on the image of themselves to the next generation, the family experiences coherence and a good conscience.

***Constituent 1: Creating a space in everyday life to cultivate the family as a social institution***

The families experience putting everyday life at a distance by creating a space free from strains and stresses as a different existence.

Mother: So it's something to do with us having a break too. Getting at a distance. And we have a goal as well, we make pancakes and then we can go home and feel that we've done something today.

In everyday life the family experiences how their lived time is filled up with a stream of upcoming events. Housework, homework, work, activities, preparation for all the small things that swallow up the days as they pass by is felt as an everlasting flow of new obligations. When they are immersed in everyday strains and stresses that stretch out in front of them it can be difficult to be present.

Mother: I think for my part it's really nice not to have to wash the clothes and do the washing up and so on, you're kind of, when you can't do those things, you're much more present, for the kids and for each other.

Father: Yes, almost one hundred percent, almost.

Mother: There's nothing I ought to be doing.

Interviewer: No.

Mother: No. That's really nice. On a walk you just have to drop everything. And of course that's great.

Interviewer: There aren't those everyday things bothering you all the time.

Mother: No, no guilty conscience or anything.

Father: Mmm. Yes, that's why it's quality time, because there's one hundred percent focus on...

The family makes space with a common focus on themselves as an institution as they experience how it is to drop all their obligations when nature peacefully encloses them without disturbance. It is the shift in focus from time constrained by upcoming events to time bounded by what they are doing just at the moment that gives a sense of relief.

Father: It gives you peace, a kind of inner peace, that's what it does. It's a complete contrast to your everyday hustle and bustle. It's that contrast. Relaxation, peace and relaxation is the feeling I get.

But it is not as if everyday life disappears. The families describe their experience of being in nature as the opposite of everyday life at home.

Father: Well, it's a kind of recreation and it's in contrast to everyday life, working, sitting at a computer all day, I mean it's, I'm both, well, we've been out in all sorts of weather and actually. Feeling the elements actually. And then the bit about getting home again. It's good to get back home. It's maybe a bit Norwegian, that you have to have a bit of a hard time before you can relax maybe, I don't know...

***Constituent 2: Generating a different existence with a sense of here-and-now presences***



By comparing the experiences of these two different but interrelated worlds, the family members become more aware of their shared existence in nature and the family emerges as a clear and distinct unit as they experience a different mode of existence.

Mother: It's about experiencing things together that are just for the four of us in the family. Because in our everyday life, they all rush about doing all kinds of things separately. And that means stress, but getting outdoors like now, they're together and doing things together.

A "we" appears as soon as the family starts to walk together with a common aim - a common meaning that gives a sense of closeness. Although different patterns of walking are seen - children sometimes run in front eager to get there, sometimes slowly follow their parents, or each parent walks with one child, or they all walk as a unit holding hands - the family has a clear sense of togetherness. They experience a sense of presence.

Interviewer: Yes. If it's possible to put words to the feeling of sitting down with your family.

Mother: Now it's so nice to be here. To be together. It's good to be totally present.

Interviewer: Totally present?

Mother: Yes. It's no more than being together, and just being, that's so nice. Not having to do things. But it's great to have the time together, even though we don't absolutely have to sit and hold each other's hands all the time, you know, but just being close to each other.

The families describe how in their everyday life they feel captured in their own life world, preoccupied with their own doings. When the family moves together as a unit they start to see each other in a different way and a sense of presence emerges.

Father: And then I suppose that with regard to the children, or the family, we tend to sit doing our own thing when we're at home, busy with our own things. It brings us that bit more together when we're out here in the woods. Perhaps it's mostly, well I don't know if it's mostly, but it's us grown-ups that aren't focused enough in our everyday lives. We've got too much on our minds. I feel at least when we get outdoors I can see the children properly.

Mother: There aren't so many other things all around to take away our attention when we're out in the woods, like there are at home.

The family emerges as a distinct figure in a setting where the attention is on the here and now and they feel a presence in contrast to everyday life immersed in their individual life worlds.

It is a different existence where they experience sharing some moments in time as a family. By creating a space to cultivate the family as a social institution - a structural unit - they become able to experience a moment of cohesion when they can stop and reflect on their shared existence.

***Constituent 3: Passing down experiences that can be realized by future generations***

By sharing experiences of their existence the parents believe that they are giving their children a lifelong gift. Through this gift the parents implant their experiences into their children's memory, thus creating continuity based on their belief that the children will evoke these memories later in life.

Mother: It's interesting that when we were going up the hill I asked do you remember, it's such a long time since we went on a campfire trip, remember we did it loads of times when we were kids. Yes, yes I remember we were there all the time, and I was so pleased he remembered it, he didn't say it in a positive tone of voice, but I felt so good, so good that you remember we did it.

Shared memories are instilled during the hiking trip when both the parents and the children confirm each other by asking each other if they remember previous experiences on hiking trips. To tell about previous experiences is to create a shared family narrative and a sense of continuity over generations.

Father: And it's also something we're used to from, well, when we were kids our parents used to take us out like this, didn't they, so we feel it's kind of handing it down, and then there may be a few years when they protest and don't think it's fun to come, but that's how we were when we reached a certain age and then it's kind of about them growing up and having their own children, then they have those memories and then they start going on trips and taking their own children, so in a way it's...

In this way hiking is experienced as part of a tradition where parents transmit their life world into the children's life world through formalized behaviour. Most of the parents

remember their own childhood and the feeling of belonging to their families when dwelling in nature; they become aware of their values and feel an urge to give similar memories and values to their own children.

Mother: Then we were brought up with trips outdoors and when we were little they took us out.

Interviewer: So your parents went on trips outdoors?

Mother: Yes, so it's a kind of natural thing that we want our children to experience it.

Interviewer: Well, those are good values...

Mother: Yes, love of the outdoors is something you have to get from an early age. ...

Father: But not to wish it on her, we can see that she too loves to be outdoors and lie in the sled or pushchair, she'll sit there laughing when we go a bit fast and sleeps extra soundly compared to sleeping indoors and so on, takes a nap at midday. And she's very fond of potato bread.

The parents transmit what they experience as a healthy life onto their children. When they pass on the image of themselves to the next generation it gives the parents an experience of coherence. By hiking in the countryside the parents enact what they want the family to be and to see themselves hiking with the children in the countryside gives them a sense of good conscience.

Mother: I don't know, it's something or other you feel, you get such a nice kind of well-being when you come home, you're very pleased with yourself and feel you've done something sensible, that's what I often feel. You've done something that makes sense that's good for you and that's enjoyable and you've got fresh air and you feel a bit sort of fuller than if you'd sat at home the whole Sunday watching cross-country skiing on TV (laughs), you know, just at home. And you get a clear conscience and feel you've done the right thing for her and for us and... and then it's her reward, she's been super at going on trips.

## **Discussion**

In Norway nature is considered as an important arena in public health strategies and a cultural norm where the aim is not only to move nature to people but to move people out into nature. It is argued that more people should enjoy 'the cost-free, side effect-free and easily accessible means that nature (in the Nordic Region) offers, as a way to mobilizing new energy for everyday life and for coping in crises' (Norwegian Ministry of the Environment 2009, 7). Hence hiking in the countryside is ambiguous for most

Norwegians as both a pleasure and a duty. To Norwegians nature exists as an idea and a narrative that is interwoven with the creation and the re-creation of Norway as a nation by different forms of practices (Ween and Flikke 2009). Norwegians believe that nature makes the body and soul hardier and that fresh air gives new strength and it is even usual to let babies sleep outside to make them healthy and strong (Gullestad 1992, Witoszek 1998, Tordsson 2003). Against this backdrop the first author has accompanied families on hikes and listened to their own stories about their experiences in nature.

The first constituent appears as a process where the family actively establishes cohesion by hiking in nature to create a space for the family in their everyday life. Everyday life is often dominated by relations with people outside the nuclear family, both at work and leisure. To become aware of, acknowledge, and actively establish such cohesion seems to be a fundamental premise for the families' experienced capability to handle the normative strains on the family as a social institution in everyday life, which is described as stressful and individual-based. The intention of hiking as a family in the countryside is to perform an activity together where all members participate both to create a good experience in an environment without stress and to cultivate the family as a unit. Even though Norwegian hiking styles mean going on foot or cross-country skis through forests or into mountainous areas, alone or together with family or friends (Odden 2008), it is only regarded as an island of time or a breathing space, often referred to as a form of *friluftsliv* (literally 'free air life'), which may also include different forms of outdoor recreation, such as fishing or hunting. It is rooted in a national romantic tradition and part of the Norwegians' cultural self-image as a nature-loving people that endeavours for simple life values, authenticity, simplicity, naturalness, harmony, peace and quietness as opposed to the stress of urban living (Riese and Vorkinn 2002). It is part of Norwegians' desire for authenticity in 'communion with nature' where silence is a means to feel closeness to nature and others (Longva 2003). The families in this study decompose the ontological zones that the majority of existing research seems to take for granted between 'nature' and 'culture' (Barton and Pretty 2010, Logan and Selhub 2012). Nature is constituted by social practices that reflect the apparently enhanced 'culture of nature' (Macnaghten and Urry (2000, 1) and according to Douglas and Wildavsky (1983, 69) 'nature is a mirror reflecting whatever version of reality the looker wishes to see in it'.

However, in the research literature (op. cit.), exposure to nature and its restorative effect explain the feeling of good mental health; but what the families experienced in this study was the intersubjectivity and cohesion within the family which made them aware of their existence as a common social unit. The second constituent shows that when Norwegian families create space for the family in nature it can be seen in light of their aspiration to generate a different existence in their quest to experience family cohesion. Hiking in nature is part of a social practice where families seek to reconnect as a family both due to their values of a simple life, naturalness, harmony, peace and quietness and due to the societal expectations of the family as one of the institutionalized bases for welfare production (Esping-Andersen 2002). Thus nature provides a surface for family hiking as a social practice that is experienced as a 'health practice' (Obrist 2003). It is not nature that causes good mental health but the existential experience of belonging, a communal existence and the recognition of important relations. By hiking in nature they make their family life manageable and meaningful, which is in line with Antonovsky's (1987) well-known definitions of health.

The third constituent, where families transmit experience by hiking, can be interpreted as formalized behaviour that is close to Connerton's (1989) notion of 'incorporated practices' (73) in which social knowledge, history and experience are reproduced through continuous performance and without being explicitly formulated and debated. To go hiking is a way in which the parents sustain and make manifest what is important to them by constituting nature as a place with healthy values. Nature is perpetuated as a place that affords a different existence that separates families from the bustle of everyday life. By enacting nature as a place for peace and refuge from everyday life, which becomes a storm on the horizon, they reshape nature and themselves through every hiking trip. Hiking is like a ritual where families symbolically state 'this is who we are' (Fiese 2006).

As an incorporating practice the family enacts and lives through the narrative that becomes instilled in their bodies as memory. By going on a hiking trip together they reach out towards another by being present and embody the narrative by performing it. This narrative can be realized when the children as adults start to go hiking on their own. For example, a young girl that recently had moved out of her childhood home had gathered her family for a hiking trip, saying that she did not feel

like ‘walking around in town, but rather doing these things that I have some good memories of, sort of unity and yes. ... I experience this place as my winter wonderland’. As adults the memories are brought forth and the families experience coherence between generations and a sense of cohesion when everyday life is full of upcoming strains and stresses that pull them in different directions.

### **Conclusion and limitations**

To go hiking is a social practice that unifies the family members and upholds the family as a social institution. The practice produces an emotional centre of gravity that illuminates the fact that nature ‘reveals as much about ourselves as about anything actually out there’. It is experienced as a *Punctum Archimedis* that affords families a shared social world as a health practice rather than some innate bond with nature that enhances well-being.

It is important to note that this paper has only studied families with children. People in other social situations (single adults, hunters, photographers, shepherds, etc.) might experience quite different aspects of mental health in nature. Due to the fact that the parents may express their experience in a relatively unnuanced manner to underscore how good hiking is for their mental health, theoretical generalization from this study can only apply to families with children who go hiking and not to hikers in general. However in phenomenology the aim is not to reveal what a phenomenon such as mental health, nature or hiking is. Phenomenology is ‘the study of phenomena as they appear to the consciousnesses of an individual or a group of people; the study of things as they appear in our lived experiences’ (Desjarlais and Throop 2011, 88).

This experience appears to the families when a break in their everyday life, through a ‘back to nature’ exercise, allows them to achieve togetherness and put the ‘world of want’ (Jackson 2011) at a distance. The fact that such simplicity in a world of want generates a different existence and cohesion and is experienced as good mental health is a paradox and food for thought in our complex society.

### **Acknowledgements**

There were no external funds that supported this research. The research was approved by the Norwegian Social Science Data Services. Conflict of interest: none.

## References

- Antonovsky, A. 1987. *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Barton, J., and J. Pretty. 2010. What is the Best Dose of Nature and Green Exercise for Improving Mental Health? A Multi-study Analysis. *Environmental Science and Technology* 44 (10): 3947-55.
- Bowler, D., L. Buyung-Ali, T. Knight, and A. Pullin, 2010. A Systematic Review of Evidence for the Added Benefits to Health of Exposure to Natural Environments. *BMC Public Health* 10 (1): 456.
- Broch, B. H., and A. Kalland. 2004. “Introduksjon: Om holdninger og handlinger med hensyn til nature.” [Introduction. Attitudes and Actions with Regard to Nature.] *Norsk Antropologisk Tidsskrift* 15 (1-2): 7-17.
- Cervinka, R., K. Roderer, and E. Hefler. 2012. Are Nature Lovers Happy? On Various Indicators of Well-being and Connectedness with Nature. *Journal of Health Psychology* 17 (3): 379-88.
- Connerton, P. 1989. *How Societies Remember*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Desjarlais, R., and T. C. Jason. 2011. Phenomenological Approaches in Anthropology. *Annual Review of Anthropology*, 40 (1): 87-102.
- Douglas, M., and A. Wildavsky. 1983. *Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*. Berkeley: University of California Press.
- Esping-Andersen, G. 2002. *Why we Need a New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Fiese, B. H. 2006. *Family Routines and Rituals*. New Haven: Yale University Press.
- Fugelli, P., and B. Ingstad. 2001. “Helse – slik folk ser det.” [Health - how People See it.] *Tidsskrift for Den norske legeforening* 30 (121): 3600-4.
- Giorgi, A. 1985. *Phenomenology and Psychological Research: Essays*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. 2009. *The Descriptive Phenomenological Method in Psychology: A Modified Husserlian Approach*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

- Giorgi, A. 2012. "The Descriptive Phenomenological Psychological Method." *Journal of Phenomenological Psychology* 43 (1): 3-12.
- Gullestad, M. 1992. *The Art of Social Relations: Essays on Culture, Social Action and Everyday Life in Modern Norway*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Husserl, E., and D. Welton. 1999. *The Essential Husserl: Basic Writings in Transcendental Phenomenology (Studies in Continental Thought)*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Jackson, M. 2011. *Life within Limits: Well-being in a World of Want*. Durham, NC: Duke University Press.
- Karjalainen, E., T. Sarjala, and H. Raitio. 2010. Promoting Human Health through Forests: Overview and Major Challenges. *Environmental Health and Preventive Medicine* 15 (1): 1-8.
- Kusenbach, M. (2003). Street Phenomenology: The Go-Along as Ethnographic Research Tool. *Ethnography*, 4(3), 455-485.
- Latour, B. 1993. *We have Never been Modern*. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Logan, A. C., and E. M. Selhub. 2012. Vis Medicatrix Naturae: Does Nature "Minister to the Mind"? *BioPsychoSocial Medicine* 6 (1): 11.
- Longva, A. H. 2003. "Nordmenn, høflighet og kunsten å omgås fremmede." [Norwegians, Politeness and the Art of Interacting with Strangers]. *Norsk antropologisk tidsskrift* 14 (01): 16-26.
- Louv, R. 2009. *Last Child in the Woods: Saving our Children from Nature-deficit Disorder*. London: Atlantic Books.
- Lund, O. 2007. "The "Oslomarka" Greenbelt: Protection and Use in Friluftsliv." In *Nature first: Outdoor Life the Friluftsliv Way*, edited by Henderson, B., & N. Vikander, 130-140. Toronto: Natural Heritage Books.
- Macnaghten, P., and J. Urry. 1998. *Contested Natures, Theory, Culture & Society*. London: Sage.
- Macnaghten, P., and J. Urry. 2000. Bodies of Nature: Introduction. *Body & Society* 6 (3-4): 1-11.
- Mayer, F S., C. M. Frantz, E. Bruehlman-Senecal and K. Dolliver. 2009. Why is Nature Beneficial? The Role of Connectedness to Nature. *Environment and Behavior* 41 (5): 607-643.



- Merleau-Ponty, M. 2012. *Phenomenology of Perception*. London: Routledge.
- Miller, D. (1998). *A Theory of Shopping*. Cambridge: Polity Press.
- Norwegian Ministry of the Environment 2009. *The Nature Experience and Mental Health -Report of the "Outdoor Life and Mental Health" Nordic Project*.
- Obrist, B. 2003. Urban Health in Daily Practice: Livelihood, Vulnerability and Resilience in Dar es Salaam, Tanzania. *Anthropology & Medicine* 10 (3): 275-290.
- Odden, A. 2008. *Hva skjer med norsk friluftsliv?: en studie av utviklingstrekk i norsk friluftsliv 1970-2004* [What is Happening to Norwegian Outdoor Life? A Study of Trends in Norwegian Outdoor Life 1970-2004]. Vol. 2008: 289. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology.
- Ottosson, J., and P. Grahn. 2008. The Role of Natural Settings in Crisis Rehabilitation: How Does the Level of Crisis Influence the Response to Experiences of Nature with Regard to Measures of Rehabilitation?" *Landscape Research* 33 (1): 51-70.
- Riese, H., and M. Vorkinn. 2002. The Production of Meaning in Outdoor Recreation: a Study of Norwegian Practice. *Norwegian Journal of Geography* 56 (3): 199-206. doi: 10.1080/00291950260293020.
- Tordsson, B. 2003. *Å svare på naturens åpne tiltale: en undersøkelse av meningsdimensjoner i norsk friluftsliv på 1900-tallet og en drøftelse av friluftsliv som sosiokulturelt fenomen* [Responding to Nature's Open Invitation: A Survey of Meaning Dimensions in Norwegian Outdoor Life in the 20th Century and a Discussion of Outdoor Life as a Socio-cultural Phenomenon]. Oslo: Department of Cultural and Social Studies, Norwegian School of Sport Sciences.
- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. California: Left Coast Press, Inc.
- Ween, G. B. and R. Flikke. 2009. Naturen som praksiser: Natur i nyere norsk antropologi. [Nature as Practices: Nature in Recent Norwegian Anthropology.] *Norsk Antropologisk Tidsskrift* 20 (1-2), 6-15.
- Weinstein, N., A. K. Przybylski, and R. M. Ryan. 2009. Can Nature Make Us More Caring? Effects of Immersion in Nature on Intrinsic Aspirations and Generosity. *Personality and Social Psychology Bulletin* 35 (10): 1315-1329.

- White, M. P., I. Alcock, B. W. Wheeler, and M. H. Depledge. 2013. Would You Be Happier Living in a Greener Urban Area? A Fixed-Effects Analysis of Panel Data. *Psychological Science* 24 (6): 920-928.
- Williams, J. A. 2007. *Turning to Nature in Germany: Hiking, Nudism, and Conservation, 1900-1940*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wilson, E. O. 1984. *Biophilia*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Witoszek, N. 1998. *Norske naturmytologier: fra Edda til økofilosofi* [Norwegian Nature Mythologies: From the Edda to Eco-philosophy]. Oslo: Pax.
- Witoszek, N., and E. Gulbrandsen. 1993. *Culture and Environment: Interdisciplinary Approaches*. Vol. 1. Oslo: Centre for Development and the Environment, Centre for Technology and Culture, University of Oslo.



### 8.3 Artikel III

Artikel III



## **Hiking leisure: Generating a different existence within everyday life**

Børge Baklien

Telemark University College, Norway

Idun Røseth

Telemark Hospital, Norway

Rob Bongaardt

Telemark University College, Norway

Correspondence concerning this article should be addressed to Børge Baklien, Faculty of Public Health, Hedmark University College, Box 400 N-2418 Elverum, Norway. Tel: +47 62 43 03 55. Email: [borge.baklien@hihm.no](mailto:borge.baklien@hihm.no)

### **Abstract**

This study explores families' lived experience in leisure environments and how they weave this experience into their family life-span narrative that creates continuity and a sense of being at home in the world. Interviews were collected in Norway during hiking trips with two families and analysed using a descriptive phenomenological research method. The results show that the general meaning structure of the families' experiences comprises three constituents: (1) in a quiet outdoor gathering point, family members synchronise the pace of time, (2) a bodily awareness of the absence of strain and stress that were still present at the onset of the trip and (3) exchange of short stories and reflections about concrete events, which converge into a larger narrative that conveys a shared meaningful world. The results illustrate that the families' search for an existence extending beyond daily life may be a dreamed up life, yet families make it real through creating stories based on moments together in the forest.

*Keywords:* family, hiking in nature, leisure environment, leisure space, narrative, phenomenology, time.

## **Introduction**

Everyday family life can be stressful. Time pressure combined with a sedentary lifestyle dominated by technology can contribute to an unhealthy lifestyle in Western society (Mannell, 2007). Research shows that families experience leisure moments in nature as meaningful, as they remove themselves from urban settings towards more rural space (Hebblethwaite, 2014). In getting away from everyday hustle, the family unit becomes a safe haven and a rallying point amidst a somewhat disintegrating stressful world (Baklien, Bongaardt & Ytterhus, 2015; Freeman & Zabriskie, 2002; Mannell, 2007; Marselle, Irvin & Warber, 2014). It is argued that hiking in the countryside is a purposive practice that reflects the family's ideologies about nature, motherhood, fatherhood, and the family, and how to teach children about family values (Shaw & Dawson, 2001; Shaw, 2008). Thus hiking may enhance family cohesion, increase family satisfaction, encourage positive interaction between family members, and create shared memories of enjoyable family activities together (Freeman & Zabriskie, 2002; Hebblethwaite & Norris, 2011).

Nature may afford families a leisure space, which is “geographically and ontologically distant from patterns of work and domestic routines” (Macnaghten & Urry, 2000a, p. 7). The leisure space in nature offers the family a less complex environment. It allows “soft fascination” when families perceive clouds, snow patterns, vegetation, the sound of the breeze between the trees or birdsong that can be effortlessly attended to in contrast to “hard fascination” like watching TV or sporting events that demand much greater attention and do not allow for reflection (Kaplan & Kaplan, 1989; Kaplan 1995). However, leisure space is not just an entity we perceive or manipulate, but is constituted in a reciprocal relationship with the environment. People's



relationships with countryside landscapes are sensuously embodied (Macnaghten & Urry, 2000b). From an existential phenomenological point of view, body and world are engaged in a dialogue. They are not to be studied independently of one another (van den Berg, 1972). Gibson's concept of affordance, which is compatible with a phenomenological approach to body (Dohn, 2009; Klinke, Thorsteinsson & Jónsdóttir, 2014; Sanders, 1993), can help us to understand the reciprocal relationship between particular aspects of leisure space in nature and particular aspects of families. Gibson (1986) contends that the "*affordances* of the environment" are offerings that are available to humans, i.e. what the environment "*provides* or *furnishes*, either for good or ill" (p. 127, italics in original). For example, a campfire affords warmth but it can also burn your skin (Gibson, 1986, p. 39).

In accordance with Gibson, we suggest that the concept of "leisure environment" will be more appropriate than "leisure space". This is because the environment exists in relation to the perceiver, while space is an abstraction (Ingold, 2011). It implies that the world is objectively seen yet structured in accordance with the action capabilities of a person (Dohn, 2009). According to Fuchs & Koch (2014), one could also narrow down the affordance concept to affective affordance in order to specify how things appear to us as "important," "worthwhile," "attractive," "expressive," and so on. The body interacts with the environment and the affective affordance in situations such as a leisure setting triggers a specific bodily resonance, which in turn influences the emotional perception of the situation (Fuchs & Koch, 2014).

The affective affordances in nature draw many Norwegian families outdoors to go hiking in the countryside in their leisure time. Here "hiking" is not defined very strictly: Norwegian hiking style typically means going on foot through forests or in

mountainous areas and during winter on cross-country skis (Odden, 2008). The positive attitude or “hiking leisure” alludes to the pleasure of travelling and it abruptly increases the value of nature when people get away from a sedentary lifestyle. However, how is the affective affordance realised when a family goes hiking in the woods? In this study, we ask how families generate a leisure environment through hiking as a different existence amidst everyday life. The aim of this particular study is to explore how family members generate the transition from living in a complex world to entering a simple world offering the positive experience of an absence of strains and stresses. This will provide an insight into how the leisure environment is actualised when the body becomes aware of the evaporation of strains and stresses. For this purpose, we have chosen a case study of two families hiking in natural surroundings.

### **Data collection**

The data for this particular study were selected from a previous set of data collected in Norway in 2012 to explore the relationship between hiking in nature and wellbeing (Baklien, Bongaardt & Ytterhus, 2015). In the present study, we analyse data from two families collected during fieldwork. We recruited the two families through their blogs on the Internet where they had posted pictures and text about being a family who enjoy hiking in nature. Both families consisted of mother, father and two children. The first author went along with families on a trip into the woods to conduct interviews.

The researcher met the families in their homes, where the families had prepared to take the researcher along on a short hiking trip to a place they had decided on. The first family lived in a house on the outskirts of a town in south-eastern Norway in rural surroundings. When we first met, the family was making some final preparations before

the trip. It was a cold grey afternoon in December and the parents had time off from work that day. The son had a cold with a slight temperature but he did not protest. After some small talk in the courtyard, we left. We walked into the woods a few hundred metres from their house and continued for about 20 minutes to a bonfire site where the family had made a small shelter known as *gapahuk*. While walking we chatted a bit and collected some dry wood. The whole family helped to arrange things and we sat down around the fire. There was an icy wind that made it cold to sit there. Yet no one complained during the interview although I understand that the son who did not feel quite well longed for home. The second family also lived in a house outside a town in rural surroundings. We agreed to meet on a Saturday evening in the autumn for the interview. The family took me along to a place in the wood near their house. They had made a *gapahuk* and a place to sit around a bonfire. The children made the bonfire and during the interview went for more firewood.

To meet the families before the trip to learn their names and to go with them to the bonfire site gave the researcher a chance to chitchat before the interviews and to see how the family interacted as a unit during the hiking trip. It also gave the researcher an opportunity to create a trusting environment and to become attuned to what the families experienced. The children were important contributors to the interviews and they could correct or supplement their parents. The interviews took place sitting around the fire with the families while they cooked sausages and they had also brought with them sweets and coffee. These interviews lasted approximately two hours each.

The researcher's presence influenced the situation as the dialogue circled around the researcher's questions that were structured around hiking as a family and wellbeing; however, the family also asked each other questions and chatted together often about

previous overnight hiking trips. According to Giorgi (1985), there is no way that the researcher can avoid an intervention position. Nevertheless, in conducting interviews while life unfolds, the researcher can observe the informants *in situ* and access their experiences and interpretations at the same time (Friberg & Öhlén 2010; Kusenbach, 2003). To put it differently, it gives the interviewees an opportunity to describe and reflect on the situation unfolding. The researcher's contribution is thus to bring forth and make explicit how another person's perceptions and thoughts appear to consciousness.

### **Method of analysis**

Since the study explores families' lived experience in a leisure environment, a descriptive phenomenological method appeared to be a logical choice for data analysis. Consequently, the two interviews in this particular case study were analysed using Giorgi's (2009) descriptive phenomenological method. Giorgi's research method is anchored in Husserl's phenomenological philosophy and requires the researcher to suspend or "bracket" theoretical preconceptions and assumptions about the phenomenon under study. By not engaging in theoretical presuppositions, the researcher stays close to what the participant expresses in the data (von Essen & Englander, 2013). The researchers are very familiar with the tradition of hiking and to suspend their understanding of the phenomenon, they distanced themselves by taking an attitude "of wonder" (Merleau-Ponty, 2014). They withheld from the existential claim, which implies that it is how the phenomenon appeared to the families that was investigated.

Giorgi's research method usually involves at least three subjects, who share their views and experiences of the phenomenon under study. In this study, eight persons

participated of which the four parents were those who talked most during the interviews. The interviews were tape-recorded, transcribed, and analysed using Giorgi's (2009) phenomenological method. In his research method, Giorgi has developed four steps to analyse data. The first step is to read the entire transcript to get a sense of the whole. In step two, the transcript is read again and meaning units are identified. In rereading the interviews, the researcher makes a mark in the text when he or she experiences a shift in the meaning. In step three, the meaning units are transformed into a cohesive language in an effort to identify the general character of the meaning unit through imaginative variation. The researcher probes the meaning units by trying out different formulations on different levels of generality to produce invariant meaning. In the fourth step, the transformed meaning units are synthesised to a consistent statement that expresses the general meaning structure of the experience of the phenomenon. The structure must be found in all the interviews to be part of the essence of the experience of the phenomenon.

### **Findings**

The phenomenological analysis revealed a general meaning structure of the families' experience of the leisure environment. The results are presented as follows: firstly, the general meaning structure that describes the families' experience of the leisure environment, and secondly, the three constituents that hold together the meaning structure.

*The general meaning structure of the experience of the leisure environment*

The family experiences that the trip has already started before it begins. Through concretely planning when, where and with whom to go hiking they anticipate the joy that comes with it – they hike the experience of leisure. The family prepares and packs for the hiking trip in anticipation of encountering a world with physical demands more challenging than those at home yet without the possibility to utilize electronic devices or other luxury goods. They seek out a quiet natural site to be together, which allows for activities involving all family members without being interrupted by others. Gradually their experience of time changes. They tune into the pace of each other and the immediate environment. This synchronized slower pace affords a breathing space not constrained by all the requirements that they experience in the larger complex and time-differentiated network they are part of at home. In this tranquil setting, the family members experience how their bodies gradually adapt to the natural surroundings. This amounts to a bodily awareness of the absence of strains and stresses that were still present at the onset of the trip. The parents share a sense of inner peacefulness that is experienced as if the body can breathe more freely and the mind can wander without restraint. Along with joined activities at the site, this shared feeling of freedom kindles the exchange of short stories and reflections about concrete events that took place at earlier trips as well as the present one. These exchanges converge into a larger narrative that conveys a shared meaningful world that surpasses the family's everyday life as lived at home.

The constituents of this general meaning structure are: (1) in a quiet outdoor gathering point, family members synchronise the pace of time, (2) a bodily awareness of the absence of strains and stresses that were still present at the onset of the trip, and (3)

exchange of short stories and reflections about concrete events, which converge into a larger narrative that conveys a shared meaningful world. The three constituents are dependent on each other and are woven together in the hiking leisure of the family.

*Constituent 1. In a quiet outdoor gathering point, family members synchronise the pace of time.*

The families express that they enjoy the peacefulness in nature which appears when they get away from the complex network at home. To sit together around a fire sharing food and goodies gives the family a sense of bodily wellbeing and they state that time is about being together as a family, undisturbed by distractions. The world seems less complex and their mind is allowed to wander.

*Interviewer:* But what I also find a bit exciting is this thing about the campfire.

*Mother:* We have a campfire all the time. It's quite alright to sort of set up a camp, and go on trips from the camp. So we sort of have campfires from when we wake up until we fall asleep. It's a gathering point. And there's also something about sitting and staring at the flames; you get a nice warm feeling inside.

*Interviewer:* You get a nice warm feeling inside yourself?

*Mother:* By sitting looking into the fire, yes. Can't you feel it?

*Interviewer:* Yes, I can feel it.

*Mother:* You feel you're getting warm like that while your mind can wander, yes, that's it.

*Son:* I think a lot more when I'm watching the fire than when I'm not.

*Mother:* You do it too?

*Son:* Yes.

In such an environment, the families describe how they start to experience time differently. In the complex network at home, the family feels that time is constrained by the clock and obligations, but when they have a breathing space in nature, a sense of time appears that is related to life here and now. The family finds that they are no longer future-oriented when they let go of all the tasks in the larger network to replace them by practical tasks belonging to the moment.

*Interviewer:* And do a bit of other things. But then there's something I maybe don't quite understand, about getting out of your box and into the countryside and what's happening then? And I realise that you can't explain it, but maybe say a bit more about how it feels to get out.

*Father:* Time stops a bit, socially, the stress lets go. After a few days it's, it takes a day or two to change to a lower gear, but after a couple of days on a trip, you're much calmer and you have no problems. When you're out hiking, there aren't any problems, there's no mortgage to be paid, and whatever you've forgotten, well, you've kind of forgotten it, so it's too late. If you're at home, you can mostly turn around and do something about it, but on a hike you can, well, if you forgot to bring a fork, it's too bad. So you have to find another solution. Make a fork from a piece of wood or something.

*Mother:* There are always some things that you should have done at home that you can feel hanging over you. Like tidying here and tidying there. As we told you, we hadn't finished the garden now, we could have stayed at home together and been doing it now, but we put our trip first instead.

To experience time in the context of the family gives the parents a sense of sharing time with their children. They say that homework and bedtime no longer constrain their time. To step out of clock time is thus according to the family's descriptions a form of freedom from patterns and habits that govern their everyday life at home.



*Father:* I think the kids actually think things are a bit freer on a hike. Then you don't have all the rules you have at home. When you come home from school you have to do this and that, you have to go to bed at bedtime. All those square boxes have gone when you're out hiking. Then it's like: "Now we'll put up our tent", and after that, just do whatever you like.

*Son:* Then it's food, then it's bedtime, no, then we can play some more and then it's bedtime.

*Mother:* Sometimes we forget to go to bed when we're out on a trip.

*Father:* We went on a bike trip last year, and then there was the midnight sun, so we forgot to put you to bed.

*Mother:* It was sunny day and night!

*Father:* It was after midnight before I realised what time it was.

*Mother:* Do you remember that, S? We went swimming in the midnight sun.

*Son:* It was cold.

In their leisure environment, the family say that they become aware that time is no longer filled with obligations, and that they can fill time with what they feel like doing. They describe ways to be active together in the moment that is not constrained by the larger complex network. When time is detached from habits and duties, the family feel that they can just "be" without doing much.

*Mother:* Although we do things and this and that, there's no stress involved. If we're outdoors, there's nothing we've got to do by a certain time, maybe we'll have to be back home for something, but apart from that, there's no constant time pressure. Having to go here, go there, do this, do that. Here we can just be, we don't necessarily do.

The analysis shows that the families desire a breathing space where they let go of the complexity of everyday life by seeking simplicity in nature. They know they will

experience a breathing space when the immediate surroundings are without outsiders or intrusive tasks. Stresses and strains disappear with the emergence of a sense of “just being a family”.

*Constituent 2: A bodily awareness of the absence of strains and stresses that were still present at the onset of the trip*

The second constituent identifies bodily awareness of a different existence when the family are together in the countryside. The parents describe how being immersed in an environment of peacefulness makes their body aware of the absence of strains and stresses. They experience how stress loses its grip on them, providing a sense of relief. They describe it as a breathing space when they break away from the larger complex network at home. It is the world here and now that is present, and the complexity of the world does not matter any longer.

Interviewer: Breathing space?

*Mother:* Yes.

*Interviewer:* Hmm.

*Mother:* And as for me personally, many times, at least if I've had a lot to do at work and I'm stressed out and there's lots of things to get done and so on, it maybe takes two days before I've kind of “landed”, to put it that way.

*Father:* On a trip, you mean? Well, I'm almost worse.

*Mother:* You're really then, then we can breathe and then, there's nothing else, you somehow don't care. You don't get all the horrible things happening in the world, you don't have to relate to it, you're here and now. You don't miss the paper and news on TV and stuff like that. Because it means so little when you're out on a hike.

The breathing space is a bodily feeling where the parents literally feel that they can breathe more freely.

*Mother:* It gives you relaxation. I feel I get inner peace when I'm on a hike that I can't get at home or anywhere else. You realise you're breathing, you're sort of breathing and not just panting.

The parents describe how their bodies adapt to the tranquil and peaceful environment. It is an awareness that they are no longer in stress mode. When their bodies let go of stress, they start to focus on what is going on in the present. The family describe how their focus changes from preoccupation with their own doings to becoming aware of how the body is relaxing and opening up for consciousness of the family unit.

*Father:* I certainly do lower my shoulders a lot when I get outdoors. At least now in a busy period, I'm almost a bit kind of absent when I'm at home. My mind is somewhere else all the time, very often, with things to be done or that should have been done. Now [in the countryside], for example, it's quite different. Now I'm completely focused in comparison. What you're doing, where you are.

*Interviewer:* It's very strange that people put things aside. That you put aside exams and stress when you get outdoors like that, it's really very strange.

*Father:* Yes, because you know that as soon as you get home, it will switch itself back on again. I'm almost switching on and off a stress switch. For example, these days I've got a whole lot, both work and studies, and then it's a bit like I feel I have a high stress level, but here and now, right now I don't feel it at all.

The breathing space is experienced as an opportunity to feel that they are a family unit when they find that the world has narrowed down to just being about what they are doing together. It is a kind of belonging where they feel secure in the awareness that they are “at home” in the presence of each other. In other words, a bodily sense of cohesion emerges when the breathing space is just the family’s camp.

*Interviewer:* Is it possible to describe the feeling you have when all four of you are lying in a tent together?

*Mother:* Or lying in a, as L said, in a “gapahuk”.

*Father:* I think I said that when we went on a trip last year. We went on skis last year, I think. When we’d put up the tent and got inside, then we were properly at home. Then we’re at home wherever we are.

*Mother:* We kind of feel at home.

*Father:* You get it up, ready and that’s it.

*Mother:* It’s a cosy feeling of security, that’s the framework. It gives you such a nice secure feeling.

*Interviewer:* That was actually a good description of it.

*Mother:* Creeping into your sleeping bag, and it’s a bit kind of chilly and you lie there with your hat on.

*Oldest son:* Or a balaclava.

*Mother:* Or a balaclava. In fact, I almost think it’s nicer in winter than in the summer.

The analysis shows that the body becomes aware of the breathing space in the peacefulness of nature. The body literally senses the absence of strain and stress. It breathes more freely and the world opens up for the others. When the family experiences a breathing space, a sense of security and belonging emerges. They feel at

home in their togetherness when they dwell in a world of nearness, intimacy and simplicity where they play and relax as they please.

*Constituent 3: Exchange of short stories and reflections about concrete events, which converge into a larger narrative that conveys a shared meaningful world.*

Constituent three reveals that the family create narratives about themselves by making concrete events form a kind of plot in their shared family narrative. They retell stories from the far or recent past to bring forth the sense of being together that provides continuity and belonging. Life-extending stories based on moments together in nature bind the family unit into a shared world, reinforcing the feeling of family unity.

*Mother:* But when we were there at Easter then, when L (younger son) had his birthday on Palm Sunday. Then we'd made it of a kind of tarpaulin. We'd made it of wood and so on, that we'd made like a "gapahuk", then we were lying there, each in our own sleeping bag, and you look up at the sky and there are thousands of stars. It's really an incredible feeling.

*Son:* The problem then was that the smoke got into the "gapahuk".

*Mother:* Yes, we had a fire in front to try and keep warm, because it was pretty cold.

*Son:* Yes.

*Mother:* But you feel like part of a big universe, or what should I say. You get a bit of perspective when you're lying there, looking up to see thousands of stars, and if you look some more, you see even more stars. You get a bit humble or how should I put it.

*Father:* You feel very close to nature then.

*Mother:* (addressing the son) Maybe he wants you to sit here and tell him about it.

*Interviewer:* No, we can just move about as we want, there are no boxes here. It's in fact, in a way it gives you a feeling of awe that you're part of something bigger, which you get when you're in nature that you don't get when you're in...

*Mother:* The chaos.

*Interviewer:* In the chaos, yes.

*Father:* You know when you've been out at the cabin, and sometimes you get this incredibly starry evening. Then we'd take something to lie on, and stretch out right down on the ground and just stare straight up at the sky. Everyone who's been with us finds it really fascinating. Because nobody lies down on the ground in a housing estate and looks up at the sky.

The stories the families bring forth are about doing things together in a different environment from home, such as fishing, sitting around the campfire, experiencing friendship and togetherness and going on overnight trips and sleeping in a tent together. The family emphasise and extract episodes from trips they remember and enjoyed, and in doing so create coherent narratives. They ensure that they have a common family narrative, as they want to remember it.

*Mother:* One of the best trips for me was when we went to Rauland.

*Son:* No, it was in Iceland.

*Father:* Then we slept in a tent.

*Mother:* For two nights.

*Father:* Two nights, or was it three?

*Mother:* Two nights. It was in September. I had a prolapse for some months before that.

*Son:* What's that?

*Mother:* Back problems. And then it got well enough for us to take a chance, so we drove there, and we camped by a lake, put up our tent there, actually by a beach.

*Father:* Yes, it was actually a sandy beach that appeared up there.

*Daughter:* Was Grandma there?

*Mother:* No, I don't think they came. Then we were all together from Friday to Sunday, we all slept together. Remember there was ice in our coffee kettle in the morning, do you remember that? And when we stood there fishing, fishing and fishing and fishing at the beach there.

*Daughter and Son:* Mhm.

*Son:* And Dad swam in the ice-cold water.

*Mother:* Dad bathing in icy water every morning, he was nuts.

By telling stories, the families share reflections and narratives retrospectively. However, they also tell stories on their hiking trips by making up songs that express the concrete events of the moment.

*Interviewer:* So there's not much singing when you're out hiking?

*Mother:* Well...

*Father:* We sing anyway.

*Mother:* We sing anyway.

*Father:* It's not always that brilliant.

*Mother:* No, but we sing with the voices we've got, we don't care about that. And it's a bit funny, S (son). We get some songs, each hike kind of gets its own song. Like this one: "We're gearing up..."

*Son and mother sing:* "we're gearing down, we're gearing up and down between one and two and three..." When was it we sang that song? Can you remember?

*Son:* No.

*Mother:* When we were cycling...

*Youngest son:* Oh yeah.

*Mother:* ...on Senja and it went a bit up and down.

*Son:* A bit up and down?

*Mother:* That's when we sang it.

*Father:* Mostly up.

*Mother:* That's when we sang it. And this summer when we went canoeing, we sang "With potato cakes and coffee kettle..." So it gets to be a bit different songs on each trip really, when you think about it. That's how it tends to be. Whatever fits what we're doing.

The analysis shows that the family members share what they are experiencing in the moment, they create song or narratives from existential moments that bind them together emotionally. As they emphasise the positive aspects of their belonging together, they create common memories and a common family history.

### **Discussion**

The analysis shows that the positive attitude in hiking leisure in this particular study is constituted in a three-phase process. Firstly, the family anticipates the affective affordance of the leisure environment in nature as a quite gathering point where time feels different in the sense that it is more synchronised. It motivates them to go hiking and they pack some "simple" things that enable a world that can only be perceived in the same simple way. Secondly, hiking leisure elicits a bodily awareness of the evaporation of strains and stresses. It emerges when the family quite literally experience a breathing space, where the body resonates with the peacefulness in nature. In this breathing space the families find that the visible world, time, the body and relationships appear differently. Thirdly, through their joined actions, the family create a shared narrative by telling stories and reflect on the concrete events that convey a shared meaningful world.

In the following, we will discuss the change in the experience of time, the elicitation of bodily awareness of the absence of strains and stresses, and the transition from complexity to the leisure environment as "narrating in action".



Time, in our immediate experience, is not divided into regular intervals and is without relation to anything externally measurable by clocks and other chronometers. According to Gibson (1986), time is empty unless “filled”; rather time is abstracted from events (p. 100). Neither does Merleau-Ponty (2002) consider time as just passing from past to present and to future by imperceptible transitions. He relates time to perception of the moving landscape.

If the observer sits in a boat and is carried by the current, we may say that he is moving downstream towards his future, but the future lies in the new landscapes which await him at the estuary, and the course of time is no longer the stream itself: it is the landscape as it rolls by for the moving observer. Time is, therefore, not a real process, not an actual succession that I am content to record. It arises from *my* relation to things (Merleau-Ponty, 2002, p. 478, italics in original).

Time is experienced in relation to the environment and, as the one of the fathers stated, time stops when he moves into a peaceful landscape and after a day or two in the countryside he feels much calmer. The strains and stresses experienced in everyday life stand back and become a “storm on the horizon”, when the complexity of everyday life is replaced by simplicity in nature (Baklien, Bongaardt & Ytterhus, 2015). As our analysis shows, the experience of time arises differently in nature and the family experiences it as a breathing space. Hiking leisure as a breathing space abruptly increases the value of nature when it affords getting away from a sedentary lifestyle and time squeeze. As one of the mothers stated above, “we can just be”. Clock time is not in the foreground in this breathing space when the family has nothing they have to get done in their leisure time.

The perceptual awareness experienced in the peacefulness of the natural environment is a bodily awareness of an absence of strains and stresses. In everyday life, our experience is characterised by the disappearance of our bodily awareness (Csordas, 1994). When ill we become aware of our body, but as our analysis illustrates, bodily awareness also emerges when strains and stresses evaporate. The affective affordances of the leisure environment in the woods are the bodily awareness when the stress lets go. As one of the mothers asserted, she felt that she got an inner peace when hiking that she could not get at home or elsewhere and her body could breathe freely and not just pant. The bodily awareness emerges when the leisure environment elicits peacefulness with a sense of security and belonging. As stated above in the analysis, the family feels at home wherever they are as long as they are together. Their world has shrunk to their camp. The news or things that happen in the large network at home are no longer part of their world. As one of the mothers stated above, “you don’t get all the horrible things happening in the world, you don’t have to relate to it, you’re here and now“.

The family enjoys the breathing space and the experience of being disconnected from the complexity of the modern world. Their bodily awareness emerges when they engage in the environment as in putting up a tent, making a campfire, fishing or just being together. The affective affordance of the leisure environment in nature is the experience of a breathing space that replaces the complex world with a simpler world where the family is engaged together in an environment free from strains and stresses. Their description of how they stood “fishing, fishing and fishing” on the beach is a good example of this. Bodily awareness emerges in the practical engagement with the world (de Vignemont, 2011). When the families engage in hiking activities, the experience of

hiking leisure emerges as a bodily awareness of a lack of constraint and worries. In this way, the family experience being disconnected from what Giddens (1999) called the “runaway world”. Hiking leisure is thus about ceasing to belong to complexity and the strains and stresses of everyday life.

Let us try to understand the link between the construction of a family history through the exchange of short stories and reflections about concrete events, which converge into a larger narrative that conveys a shared meaningful world. In the leisure environment, the family actualise the affective affordance by realising the bodily awareness of the evaporation of strains and stresses that gives rise to soft fascination. Sitting around the campfire, lying together under the starry sky or fishing together, hard fascination is replaced by soft fascination. When they are effortlessly present in situations that do not demand their full attention, the breathing space can be experienced as part of the plot of their shared family narrative. In the breathing space, when they experience time, world and others in a different manner, their attention is here and now. When their world is disconnected from a complex network, they become aware of their shared family narrative when they experience the bodily awareness of letting go of strains and stresses. In this way, the family is not only telling oral stories. Through narratives in action, they inscribe the stories into their bodies by enacting the stories over and over again. This is because the family is treading along known paths; they consciously choose something they are capable of, which they know is different from the complex life. They anticipate the emotional response where they draw upon the already familiar that reinstates familiar ways of being (Maclaren, 2011). Through every hiking trip the family takes, hiking leisure is enacted and reshaped; even difficult

and straining experiences tend to be woven into a narrative that binds the family in a positive manner.

Creating new meanings can be seen as the work of creating narratives. Narratives shape the families' conduct because they enact what is inspiring in their life and "what gives life meaning" (Gorro and Mattingly, 2000, p. 11). By creating narratives, the family communicates what is significant and meaningful for them. When the family sings about what they are doing, enjoy the starry night, fish together or make a campfire, they do more than just put words into a narrative; they put their bodily awareness into their narrative while being in action. The stories are embodied with the sense of an absence of strains and stress and with an emphasis on collective engagement. The narrative structure the families collectively constitute cannot be separated from their experience of it. Narratives of the past help inform and form thoughts, emotions and perceptions, and vice versa, what is experienced in the present affects how we understand the past and anticipate the future (Goldie, 2000; Heidegger, 1996/1929).

Stories reinforce the boundaries of the family social world and through narrative in action they embody a shared meaningful experience into the family narrative. In their recollections, they can bring forth how they experience hiking leisure as a breathing space where clock time stands back and there emerges a sense of disconnection from strains and stresses. The narratives arouse pleasant feelings that evoke their motivation to do it all over again. Recollections therefore have a motive that lies the future (van den Berg, 1972). The past is recollected as an anticipation of new hiking trips to come. The hiking trip itself is an expansion of the family story, a statement of who the family is and wants to continue to be, in a world in which one can feel at home.

This study is limited to the interview of two families, which may not reveal all the essential nuances of the phenomenon as lived by other families. However, as we systematically analysed the descriptions in depth to reveal the invariant and essential meanings of the hiking experience, the findings stretch beyond the two recruited families (Giorgi, 2009). The analysis may be biased towards overemphasising the positive aspects through the researcher's questions and the families may also have been motivated to participate in the study because of their positive attitude and positive experiences in what we call hiking leisure. On the other hand, the main objective of this case study was to describe the experiences of families who accomplished to generate a different existence during a hiking trip, which in itself is a positive experience.

### **Conclusion**

This study aimed to explore how families experience the leisure environment as a different existence and how they weave this experience into their family life-span narrative as a meaningful action. Our analysis provides insight into positive experiences of hiking in nature and some aspects of the affordance of the leisure environment. When families are geographically and ontologically distant from patterns of work and domestic routines, the affective affordances of a leisure environment emerge as they experience bodily awareness of the absence of strains and stresses. This is what the families anticipate and desire when immersed in the complex network of their daily life. The families create life-extending stories about a different existence and they do so to balance out their daily life by perceiving it as a part of something that is

larger than life here and now. This search for hiking leisure as a different existence that extends beyond everyday life may be a dreamed up life, yet families make it real by enacting it through creating stories based on memorable moments. However, more research is necessary to understand more about how the bodily change is part of the narrative-in-action aspects of the family unit. Such research would provide us with the opportunity to dig deeper into the constitutive processes of what different leisure environments can afford families.

### **Competing interests**

The authors declare that they have no competing interests.

### **References**

- Baklien, B., Bongaardt, R. & Ytterhus, B. (2015). When everyday life becomes a storm on the horizon: families' experiences of good mental health while hiking in nature. *Accepted for publication in Anthropology and Medicine*.
- Connerton, P. (1989). *How societies remember*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Csordas, T. J. (1994). Introduction: the body as representation and being-in-the-world. In T. J. Csordas (Ed.), *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. (pp. 1-24). New York: Cambridge University Press.
- de Vignemont, F. (2011). "Bodily awareness". In E. N. Zalta (Ed.) *The Stanford encyclopedia of philosophy*.  
<http://plato.stanford.edu/archives/fall2011/entries/bodily-awareness/>

- Dohn, N. B. (2009). Affordance revisited: articulating a Merleau-Pontian view. *Computer Supported Learning* 4, 151-170.
- Friberg, F. & Öhlén, J. (2010). Reflective exploration of Beekman's participant experience. *Qualitative Health Research*, 20, 273-280.
- Freeman, P. A. & Zabriskie, R. B. (2002). The role of outdoor recreation in family enrichment. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning* (2), 131-145.
- Fuchs, T. & Koch, S. C. (2014). Embodied affectivity: on moving and being moved. *Frontiers in Psychology* 5, 508.
- Gibson, J. J. (1986). *The ecological approach to visual perception*. New York: Psychology Press.
- Giddens, A. (1999). *Runaway world: how globalisation is reshaping our lives*. London: Profile.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research: essays*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Goldie, P. (2000). *The emotions: a philosophical exploration*. Oxford: Clarendon Press.
- Gorro, L. C. & Mattingly, C. (2000). Narrative as construct and construction. In C. Mattingly & L. C. Garro (Eds.), *Narrative and cultural construction of illness and healing*. (pp. 1-49). Berkeley: University of California Press.
- Hebblethwaite, S. (2014). "Grannie's got to go fishing": meanings and the experiences of family leisure for three-generation families in rural and urban settings. *World Leisure Journal* 56, 42-61.

- Heidegger, M. (1996). *Being and time* (J. Stambaugh, Trans.). Albany, NY: State University of New York Press. (Original work published in 1929)
- Ingold, T. (2011). *Being Alive: essays on movement, knowledge and descriptions*. New York: Routledge.
- Kaplan, R. & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: a psychological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature - toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169-182.
- Klinke, Thorsteinsson & Jónsdóttir, (2014). Advancing phenomenological research: applications of “body schema,” “body image” and “affordances” in neglect. *Qualitative Health Research*, 24, 824-836.
- Kusenbach, M. (2003). Street Phenomenology: the go-along as ethnographic research tool. *Ethnography*, 4, 455-485.
- Macnaghten, P. & Urry, J. (1998). *Contested natures, theory, culture & society*. London: Sage.
- Macnaghten, P. & Urry, J. (2000a). Bodies of nature: introduction. *Body & Society* 6, 1-11.
- Macnaghten, P. & Urry, J. (2000b). Bodies in the woods. *Body & Society* 6, 166-182.
- Merleau-Ponty, M., & Smith, C. (2002). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Mannell, R. C. (2007). Leisure, health and well-being. *World Leisure Journal* 49, 114-128.
- Marselle, M. R., Irvine, K. N. & Warber, S. L. (2014). Examining group walks in nature and multiple aspects of well-being: A Large-Scale Study. *Ecopsychology* 6, 134-



- Mattingly, C. (2000). Emergent Narratives. In C. Mattingly, & L. C. Garro (Eds.), *Narrative and cultural construction of illness and healing*. (pp. 181-211). Berkeley: University of California Press.
- Odden, A. (2008). *Hva skjer med norsk friluftsliv?: en studie av utviklingstrekk i norsk friluftsliv 1970-2004* [What is happening to Norwegian outdoor life? A study of trends in Norwegian outdoor life 1970-2004]. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology.
- Pierskalla, D. C. & Lee, E. L. (1998). An ecological perception model of leisure affordance. *Leisure Science: An Interdisciplinary Journal* 20, 67-79.
- Sanders, J. T. (1993). Merleau-Ponty, Gibson, and the materiality of meaning. *Man and World* 26, 287-302.
- Shaw, S. M. (2008). Family leisure and changing ideologies of parenthood. *Sociology Compass* 2, 688-703.
- Shaw, S. M. & Dawson, D. (2001) Purposive leisure: examining parental discourses on family activities, *Leisure Sciences: An Interdisciplinary Journal*. 4, 217-231.
- Van den Berg, J. H. (1972). *A different existence: principles of phenomenological psychopathology*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Van den Berg, J. H. (1952/2012). The meaning of being-ill. *Medische Antropologie*, 24, 283–391.
- Von Essen, E. & Englander, M. (2013). Organic food as a healthy lifestyle: a phenomenological psychological analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 8.

#### 8.4 Artikel IV

Artikel IV



## Harry Stack Sullivan (1892-1949) – En postmoderne psykiater *avant la lettre*

*Michael* 2012;9:246-53.

*Harry Stack Sullivan er kjent for å være grunnleggeren av interpersonell psykiatri. Han ville flytte psykiatriens blikk fra det intrapersonelle til det interpersonelle og var kritisk til illusjonen om at individet har en fast personlighet. Selv om Sullivan anså mennesket som et biologisk vesen, argumenterte han for at personlighet varierer og primært oppstår i sosiale situasjoner. Personen må leve opp til samfunnets mange foreskrevne måter å gjøre ting på og hvis personen ikke lykkes, eller er ute av stand til å leve etter den sosiale organisasjonen, så kan psykiske lidelser utvikles. Psykisk lidelse oppstår, med andre ord, mellom mennesker og kan ikke reduseres til egenskaper inne i et autonomt individ. Antipsykiatribevegelsen tok Sullivan til inntekt for sin kritikk av psykiatrien, men Sullivan var ikke en kritiker av psykiatrien i seg selv. Sullivans kritikk sprang ut over psykiatrien til det kulturelle fundamentet som muliggjorde de såkalte psy-fagenes reduksjonistiske perspektiv. Sullivan tok til ordet for å forene biologi så vel som samfunnsfagene inn under psykiatrien. Hans perspektiv er således en påminnelse om at mennesket både er et biologisk og et relasjonelt vesen. Slik var Sullivan en postmoderne psykiater avant la lettre.*

### **One-genus**

Den amerikanske psykiateren Harry Stack Sullivan, kjent som grunnleggeren av interpersonell teori, ble født en kald vinterdag i 1892 på landsbygda noen mil nordvest for byen New York. Sullivan vokste opp som et overbeskyttet og isolert enebarn i et miljø preget av voksne kvinner. Han hadde ingen nære venner og til tross for at han var den flinkeste eleven, ble han på skolen omtalt som 'laverestående'. Han forble en utenforstående og opplevde på kroppen de fordommer som møtte den fattige irsk-katolske minoriteten på landsbygda i Amerika på terskelen av det 20. århundre. Han

opplevde også hvordan det var å være homofil i en periode der det ble ansett som en sykdom og hvordan hemmeligholdelse for mange var det eneste mulige valget (1). I tillegg hadde Sullivan egen erfaring med psykisk lidelse. Han skal i slutten av ungdomstiden ha vært innlagt i psykiatrien med schizofreni. I voksen alder brukte han mye alkohol og etter eget utsagn drakk han mer enn «most of you could survive without impairment of your liver» (2, s. 174).

Sullivans egne erfaringer kan ses som et bakteppe for hans kjente «one-genus» postulat om at «*everyone is much more simply human than otherwise*» (3, s.32; kursiv i original). Sullivan anså ikke mennesker med psykisk lidelse som annerledes enn andre mennesker og han hevdet at likheten mellom mennesker er mer slående enn ulikhetene. Han var svært kritisk til Kraepelins intrapsykologiske perspektiv på psykisk lidelse som biologisk og genetisk bestemt og at pasienter med psykiske lidelser derfor kunne skilles fra normalbefolkningen. Sullivan ville bryte ned medisinfagets makt til å diagnostisere mennesker med psykiske lidelser og var opptatt av å få frem pasientstemmen og det interpersonelle aspektet ved schizofreni.

For Sullivan var psykiatri studiet av det som oppstår i mellommenneskelige situasjoner bestående av to eller flere personer, og psykiatere skulle derfor komme seg ut av kontorene sine for å være deltakende observatører (3). Dette var langt fra politisk korrekt i en tidsperiode hvor psykiatrien forsterket sin posisjon gjennom den medisinske modellen, og utøvere av psy-fagene fremstod som eksperter på menneskets indre selv (4). Selv om han var kritisk til noen av sine kollegaer og ble omfavnet av enkelte innenfor antipsykiatribevegelsen, var Sullivan ikke en talsmann for antipsykiatri, men en forløper for brukerperspektivet og miljøterapi.

Det er blitt hevdet at Sullivans interpersonelle perspektiv ble ofret til fordel for statusbehovet til samtidige psykiatere (2), noe som kan være en av grunnene for at Sullivan, en av Amerikas store psykiatere, forbausende sjelden blir nevnt innenfor psykisk helsearbeid. Så selv om de fleste innenfor feltet har hørt om Sullivan og kanskje også brukt noen sitater fra hans arbeid, er det lite kunnskaper om hvem han var og hvilke ideer som danner grunnlag for hans arbeid. I dette essayet er det ikke rom for å dykke dypt ned i Sullivans teoretiske univers. Vi vil i stede løfte frem noen av de ideologiske tankene som ligger til grunn for Sullivans forståelse av psykiatrien og dens grunnlag.

### **En kulturell kritikk**

Sullivan kom til å se samfunn og kultur som de primære kildene til personlighet og psykopatologi og han hadde mye til felles med kulturanthropolog



*Sullivan ca. 1935.*

Ruth Benedict som han møtte ved Chicagoskolen og som han til tider samarbeidet med. Menneskelige kulturer var ifølge Benedict som personligheter med mer eller mindre konsistent mønster i tanke og handling som hadde fått gigantiske proporsjoner som «personality writ large» (5, s.xi). Kulturanthropologene ved Chicagoskolen fremmet en kulturell kritikk av det individualistiske Amerika gjennom etnografi fra andre kulturer. Sullivan delte denne kulturkritikken og han beskrev den vestlige verden som et dypt sykt samfunn der hver enkelt person er syk i den grad han eller hun er en del av den kulturen (6).

Det er individualismen som er det stygge beistet som ligger til grunn for at mange mennesker har vansker i sine liv. Sullivan mislikte sterkt ideet om enkeltindividets uavhengighet og betraktet individualismen som et 'antipsykiatrisk' element i samfunnet. Vektleggingen av det autonome individet forleder oss til å tro at vi kun er avhengig av andre mennesker når vi er syke. Han ytret med andre ord en kulturell kritikk av de rådende ideene om at det er skamfullt å trenge hjelp av en psykiater og at vi skal etterstrebe det å være uavhengige individer (7). Sullivans kritikk går bakenfor psykiatrien, den er en kritikk av den individualistiske kulturen som muliggjør psy-fagenes opptatthet av det autonome selvet og som muliggjør psykisk lidelse som en intrapsykologisk tilstand. Han anså ideen om en unik personlighet som en vrangforestilling over alle vrangforestillinger og som hindrer oss i å forstå våre interpersonelle liv. For Sullivan var individet i konstant interaksjon med andre og han hevder at personlighet er noe som manifesteres i interpersonelle situasjoner. Dette var utvilsomt en radikal idé som ikke var populær i amerikansk psykoanalyse (8).

Sullivan fremmet et perspektiv på psykisk lidelse som noe som springer ut av problemer med å leve og i det å tilpasse seg samfunnet. Personen må leve opp til samfunnets mange foreskrevne måter å gjøre ting på og hvis personen ikke lykkes, eller er ut av stand til å leve etter den sosiale organisasjonen, så kan psykiske lidelser utvikles. For eksempel ble masturbasjon

og homofili ansett som unormalt og skadelig, noe som medfører til at homofile avviser den delen av seg selv. For Sullivan var det troen på at noe var skadelig som gjorde det problematisk (9). Det skadelige oppstår med andre ord i spenningen mellom kulturens normative strukturerende regler og individet og Sullivan tok derfor til ordet for å forene samfunnsfagene inn under psykiatrien.

Sullivan ble også tatt til inntekt for antipsykiatribevegelsen på 1960-70 tallet, der sentrale teoretikere som Szasz og Laing både beundrer og refererer Sullivan. Antipsykiatrien var en kritikk av psykiatriens anvendelse av naturvitenskaplig metode for å forstå psykisk lidelse, dens hensikt, dens reduksjonistiske forestillinger om psykisk lidelse, den økende 'medikalisering' og dens strenge normalitetsgrenser. Selv om Sullivan var kritisk til en sykdomsforståelse av psykisk lidelser, var han slik vi ser det, ikke antipsykiatrisk. Sullivan som var influert av den sveitiske psykiateren Adolf Meyers psykiobiologi, hevdet tvert i mot at psykiatri skulle være kjernefeltet i mentalhygienebevegelsen (2). Derfor vil det være riktigere å si at Sullivan reiser en modernitetskritikk over selve grunnlaget for individualismen og fremveksten av de såkalte psy-fagene, og ikke av psykiatrien i seg selv.

### Vindskjev erfaring

Det er erfaringer som er menneskets kontaktledd mellom den indre og ytre verden, ifølge Sullivan (4). Menneskers vanskeligheter oppstår ved at tidligere erfaringer penetrerer personens nåværende interpersonelle relasjoner. Det er en form for parataxic forvrenging som er en prosess der en persons nåværende erfaringer av andre er sagt å være 'vridd' som følge av hans eller hennes interpersonelle historie. Det vil si en misforstått og feil karakteristikk av andre personer, basert på tidligere erfaringer som overføres fra fortiden og som delvis er produsert av oss under press fra våre behov for å unngå angst og ensomhet. Farer truer derfor ikke innenfra i det ubevisste, men utenfra i sosiale situasjoner.

Selvet er ikke for Sullivan en intrapsykologisk vedvarende entitet, men noe som varierer og oppstår i samspill mellom den ytre og indre verden. En person har like mange selv som interpersonelle relasjoner. Det vil si at personen har et selv i interaksjon med person A og et annet selv i interaksjon med person B. Sullivan foregriper det postmoderne selvet som ikke er enhetlig i individet, men anses å være desentralisert og distribuert inn i et mangfold av relasjoner (10). Derfor kan, ifølge Sullivan, psykiateren aldri oppnå en fullstendig opplevelse av den andres væren, kun det den andre tar med seg inn i den situasjonen som oppstår der og da i den spesifikke relasjonen mellom terapeut og pasient. Psykiateren må derfor gjøre en innsats

for å bli en del av pasientens kontekst for å kunne gripe pasientens parataxic erfaring. Det vil si at psykiateren forsøker å oppnå en erfaring som er mer eller mindre lik det som vanligvis preger pasientens eksistens (11).

### **Psykiatriens rolle**

Som psykiater etablerte Sullivan en egen spesialavdeling for schizofrene på Sheppard Pratt Hospital i 1922. Den var et nærmest klasseløst samfunn. Han håndplukket mannlige ansatte og tidligere pasienter som personell for avdelingen, og han gjorde alt for å minimere virkningen av sin egen status. Personalet ble opplært til å se schizofrene pasienter som mennesker på lik linje med seg selv og rollefordelingen på avdelingen mellom pasienter og personalet ble til tider ganske uklare. Ifølge Sullivan var det viktig å lytte til pasientenes stemme og utvise empati. Samtidig ville han ha innsikt i personalets respons til pasienten og han foreslo ofte hvordan de skulle prate med pasienter. I samtaler la han vekt på å sitte på samme side som pasienten, for da kunne man se det samme og på den måten skape en felles forståelse av situasjonen (7).

Sullivan tok alltid pasientens parti og angrep alle som forulempet, neglisjerte eller forsømte pasienter. Når en person var sagt å være paranoid, var ikke Sullivan interessert i historiene til de ansatte om pasienten. Han stolte ikke på 'ekspert' beskrivelser og kalte de «wonderful works of clinical fiction» (12, s.129). I stedet spurte han om hva pasienten hadde sagt og hvordan de ansatte hadde reagert. Sullivan ville at schizofrenipasienter skulle få erfaring med intimitet og en forsterket følelse av en delt menneskelighet (13).

Sullivan viste gjennom sin virksomme liv at schizofrenipasienter kan bringes ut av psykosener gjennom interpersonelle relasjoner. Det hevdes at Sullivan hadde stor suksess og det er antatt at 57,5% av de diagnostiserte ved Scheppard-Pratt mot under 40% nasjonalt gjennomsnitt ble vurdert som tilfrisknet (9). Sullivan var uten tvil langt forut for sin tid i måten han omgikk pasienter og var en forløper for det som nå er kjent som miljøterapi, der alle aspekter ved å leve på avdelingen var nøye gjennomtenkt for å minske pasients angst (1).

Et godt eksempel på at Sullivan var forut for sin tid, er at det miljøterapeutiske samfunnet Kingsley Hall i London førti år senere ble sett på som et radikalt sted der 'doktorer' og 'pasienter' levde side om side uten organisatoriske eller symbolske grenser mellom dem (14).

I løpet av de siste årene av sitt liv, ble Sullivan opptatt av verdens statsborgerskap, og han deltok som konsulent i post-World War II International Congress of Mental Health og i UNESCO. Sullivan flyttet med andre ord blikket mot forebyggende psykiatri. Tanken var at psykiatere skulle bidra i



en global innsats for å løse psykiske helseproblemer på alle nivåer av mennesket handlinger. Sullivan oppfordret psykiatere og samfunnsvitere til å lede en kulturell revolusjon mot krig, fattigdom, internasjonale spenninger og rasisme ved å bruke sine intellektuelle evner (15). Han hadde en visjon om at psykiatrisk kunnskap ville fremme gode relasjoner mellom grupper og muliggjøre harmoni mellom forskjellige kulturer og nasjoner.

Sullivans bevegelse fra pasientperspektivet til forebyggende psykiatri viser bredden i hans tenkning, men også at han slites mellom å hjelpe enkeltmennesker og å forebygge de problemer han anså medførte lidelse. Med andre ord, Sullivan ønsket å hjelpe den enkelte pasient samtidig med at han anså psykisk lidelse som forårsaket av sosialhistoriske strukturer (16). I ettertid er det nok hans følsomhet ovenfor brukerstemmer som treffer oss hardest. Han fremmer tanker som ligger langt forut for hans samtid der depersonalisering av pasienter var regelen. Således foregriper Sullivan brukerbevegelsene som mange år senere fortsatt kjemper for at deres stemme skal bli hørt innenfor psy-fagene.

### **Kritikk av Sullivans interpersonelle teori**

I ettertid kan vi se svakheter med Sullivans teorier og en åpenbar berettiget kritikk er at selvet fremstår som et speil av gruppen rundt individet og at individet tømmes for vitalitet og originalitet (17). En slik kritikk har med rimelighet vært rettet inn mot strukturalistiske teorier innenfor samfunnsfagene, men Sullivan er ikke strukturalist der individet blir en marionettedukke i de omsluttende strukturene. For Sullivan var biologi en viktig drivkraft i menneskets utvikling. Mor og barn bindes sammen, moren gjennom et biologisk behov for å gi ømhet, barnet gjennom et biologisk behov for ernæring fra moren (3). Ømhet, ernæring og relasjoner manifesterer seg i interpersonelle situasjoner.

En vanskeligere kritikk av Sullivan å forsvare er at gjennom hans begrep parataxic forvrenging antas det at det finnes en objektiv verden som er forvrengt i menneskesinnet (18). Selv om vi kan si at Sullivan så årsaken til lidelsen som konstruert i sosiale relasjoner, antok han at det fantes en form for normalitet og han opprettholdt en dualitet av indre og ytre virkeligheter. Det hevdes derfor at Sullivan blir kontradiktorisk ved at det finnes en normal verden samtidig med at individets personlighet er et produkt av den samme verden. En slik kritikk kan utfordres fra en fenomenologisk tilnærming til psykiatri der pasientens verden blir sett på som like virkelig som andre mennesker sin verden. I van den Berg (19) sin leseverdige bok *A different existence* som er tydelig inspirert av Sullivan, kan vi finne et slikt perspektiv.

Til tross for kritikken har Sullivans teorier en tendens til å dukke opp igjen som nylig i kontekstuelle teorier innenfor psykologi (20). Noe av grunnen for at Sullivan fortsatt er aktuell, kan være fordi han gjennom å ha følt på kroppen hvordan det var å være annerledes, bringer inn i feltet en rik teori forankret i levd liv og med en sensitivitet for pasienter. For selv om det sen-moderne individualistisk samfunnet gir bedre rom for forskjellighet, er det paradoksalt at jo mer unike vi blir, desto mer vekt legges på å standardisere atferd som avviker fra normalen (21). Som van den Berg sier, samfunnet holder oss fanget, mens det på samme tid utbasunerer at vi kan gjøre som vi vil (22). Sullivan legemliggjorde dette paradoks ved at han stod godt plantet i moderniteten og samtidig fremmet både brukerperspektivet og postmoderne tanker *avant la lettre* om det relasjonelle opphavet til psykisk lidelse.

### Ambivalensen

I dette essayet har vi lagt vekt på å fremme Sullivan sitt perspektiv på psykiatri og psykisk lidelse der biologi og sosialt liv er nært forbundet. I retrospektive fortellinger om personen Sullivan, fremstår hans liv som et eksempel på en ambivalens mellom troen på vitenskapens opplysningsprosjekt og hans strid mot skyggesidene ved moderniteten. Vi skimter en ensom mann som aldri fant seg til rette i samtiden han levde i. Preget av modernitetens iboende kløft mellom selvet og 'de andre' opplevde han hvordan intimiteten i samfunnet var blitt erstattet av krig, rasisme og fattigdom. Sullivan, med sin visjon om en forening av samfunnsvitere og psykiatere som skulle komme til bunns i årsaker til det som forpestet det mellommenneskelige livet, døde ensom og alene på et hotellrom i Paris i januar 1949, etter å ha deltatt på et møte i Verdens helseorganisasjon.

### Litteratur

1. Blechner MJ. The gay Harry Stack Sullivan. Interactions between his life, clinical work, and theory. *Contemp Psychoana* 2005; 41: 1-19.
2. Perry HS. *Psychiatrist of America, the life of Harry Stack Sullivan*. Cambridge: Belknap Press, 1982.
3. Sullivan HS, Perry HS, Gawel ML. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton, 1953.
4. Rose NS. *Governing the soul: The shaping of the private self*. 2nd ed. London: Free Association, 1999.
5. Benedict R. *Patterns of culture*. Boston: Houghton Mifflin, 1934.
6. Sullivan HS. *The fusion of psychiatry and social science*. 1st ed. New York: Norton, 1964.
7. Sullivan HS, Perry HS, Gawel ML. *The psychiatric interview*. New York: Norton, 1970.

8. Hirsch I. The interpersonal theory of psychiatry. *J Am Psychoanal Ass* 2004; 52: 257-65.
9. Naoko W. «The full story by no means all told»: Harry Stack Sullivan at Sheppard-Pratt, 1922–1930. *History of Psychology* [doi: 10.1037/1093-4510.9.4.325] 2006; 9: 325-58.
10. Hermans HJM, Hermans-Konopka A. *Dialogical self theory: Positioning and counter-positioning in a globalizing society*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
11. Berg JH vd. *Divided existence and complex society: An historical approach*. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1974.
12. Havens L. Seeing Sullivan as part of 20th century developments. *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes* 2000; 63: 127-31.
13. Wake N. On our memory of gay Sullivan: A hidden trajectory. *J Homosexual* 2008; 55: 150-65.
14. Kotowicz Z. *R.D. Laing and the paths of anti-psychiatry*. London: Routledge, 1997.
15. Brody EB. Harry Stack Sullivan, Brock Chisholm, Psychiatry, and the World Federation for Mental Health. *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes* 2004; 67: 38-42.
16. Cushman P. *Constructing the self, constructing America: A cultural history of psychotherapy*. Boston: Addison-Wesley Publishers, 1995.
17. May RE, Angel EE, Ellenberger HFE. *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books, 1958.
18. Stolorow RD, Orange DM, Atwood GE. Cartesian and post-Cartesian trends in relational psychoanalysis. *Psychoanal Psychol* 2001; 18:468-84.
19. Berg JH vd. *A different existence: Principles of phenomenological psychopathology*. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1972.
20. Frie R, Coburn WJ. *Persons in context: The challenge of individuality in theory and practice*. London: Routledge, 2010.
21. Beck U. *Risk society: Towards a new modernity*. London: Sage, 1992.
22. Berg JH vd. *The changing nature of man: Introduction to historical psychology*. New York: W.W. Norton, 1983.

*Børge Baklien*  
 Avdeling for helse- og sosialfag  
 Høgskolen i Telemark og  
 Senter for Omsorgsforskning-Sør  
 3901 Porsgrunn  
 borge.baklien@hit.no

*Rob Bongaardt*  
 Avdeling for helse- og sosialfag  
 Høgskolen i Telemark  
 rob.bongaardt@hit.no

## 8.5 Artikel V

Artikel V



# The quest for choice and the need for relational care in mental health work

**Børge Baklien & Rob Bongaardt**

**Medicine, Health Care and  
Philosophy**  
A European Journal

ISSN 1386-7423

Med Health Care and Philos  
DOI 10.1007/s11019-014-9563-z



**Your article is published under the Creative Commons Attribution license which allows users to read, copy, distribute and make derivative works, as long as the author of the original work is cited. You may self-archive this article on your own website, an institutional repository or funder's repository and make it publicly available immediately.**

## The quest for choice and the need for relational care in mental health work

Børge Baklien · Rob Bongaardt

© The Author(s) 2014. This article is published with open access at Springerlink.com

**Abstract** Since the revolutionary mood of the 1960s, patient-centered mental health care and a research emphasis on service users as experts by experience have emerged hand in hand with a view of service users as consumers. What happens to knowledge derived from firsthand experience when mental health users become experts and actively choose care? What kind of perspective do service users pursue on psychological distress? These are important questions in a field where psychiatric expertise on mental illness is socially structured and constrained as an intra-personal disturbance of the mind. We argue that experience experts have lost a coherent perspective on care and health. We illustrate this by rationally reconstructing how the interpersonal view of mental health first gained and then lost coherence between the conception of mental health, the practice of mental health care, and the user experience. Harry Stack Sullivan's interpersonal theory was a paradigm case for such coherence. The inclusion of mental health consumers as 'experts by experience' in the mental health field took place at the cost of Sullivan's coherent interpersonal theory. Service users who interact side by side with medical experts as experience experts are constrained by the evidence-based imperative and consumerism. Service users are caught up in a race among experts to gain knowledge about mental problems from a third-person perspective instead of from first-person experience. To make a contribution service users have more to gain from a research

approach that appreciates that they are persons among persons rather than experts among experts.

**Keywords** Anti-psychiatry · Consumers · R.D. Laing · Logic of care · Relational health · Service users · H.S. Sullivan · Survivors · T. Szasz

### Introduction

During recent decades, users of mental health services have steadily increased the strength of their voice in mental health care policies, education and practice (WHO 2010). Patient-centered care, with its emphasis on the patient's voice and choice, has become a common good in mental health care (Dahlberg et al. 2009), and service users acting as 'experts by experience' are pivotal in their own care and treatment plans (Pilgrim 2008).

One can wonder what happened to knowledge derived from firsthand experience when mental health service users themselves became experts and actively began to choose care. What perspectives on mental health do experts by experience endorse? The ensuing expertise is socially structured and constrained in terms of mental illness being a psychopathological intra-personal disturbance of the mind, in line with dominant psychiatric practice (Speed 2005; Bracken and Thomas 2005; Coles et al. 2013). However, alternative views on mental health are also endorsed; mental health can be seen as a relational phenomenon which is never static, in line with so-called relation-based mental health work. In such views, mental health cannot be reduced to brain activity or individual life histories, but emerges in and through processes of interaction between the person and other persons (Bracken and Thomas 2005; Crossley 2011; Frie and Coburn 2010; Kirschner and Martin 2010). In our

---

B. Baklien (✉) · R. Bongaardt  
Faculty of Health Studies, Telemark University College,  
Box 203, 3901 Porsgrunn, Norway  
e-mail: borge.baklien@hit.no

R. Bongaardt  
e-mail: rob.bongaardt@hit.no



study, we take a closer look at the expertise that users as consumers bring to the mental health care field and how their views on mental health have developed vis-à-vis the mainstream psychiatric view. In doing so, we will try to unravel the apparent paradox that experts by experience become part of the dominant medical paradigm they wished to move away from. In other words, in this study, we ask to what extent mental health users are ‘experts among experts’ at the expense of being ‘persons among persons’.

We approach these questions by generating a rational reconstruction of how the interpersonal (person among persons) view of mental health first gained and then lost coherence among its conceptions of mental health, the practice of mental health care, and the experience of the user. By rational reconstruction, we mean that it is only on the basis of what we know of user knowledge in mental health care today that we can reconstruct how this has come to be so. Moreover, we study how past participants in mental health argued and thought in order to revive their voices in the present-day context, enabling us to create a dialogue between these and currently active players in the field. We acknowledge the risk of writing whiggish history but find support in Rorty, who writes that “such enterprises in commensuration are, of course, anachronistic. But if they are conducted in full knowledge of their anachronism, they are unobjectable” (Rorty cited in Oniscik 2005, p. 245).

In the following, we first describe H.S. Sullivan’s mid-twentieth century interpersonal psychiatry, because it is a paradigmatic example of a coherent approach based on an interpersonal view of mental health. Secondly, we address how Sullivan’s coherence was lost by those whom he inspired to revolt against psychiatry, i.e., both anti-psychiatrists and service users. Thirdly, we show how a partnership between service users and mental health professionals paved the way for a shared acceptance of the breaking up of mental health into independent parameters. We discuss the consequences of a parametric view of mental health in terms of standardized mental health and the subsequent logic of choice in mental health services (Kugelman 2003; Mol 2008). We conclude with the suggestion that a humanistic approach to mental health can allow for the voice of the service user as a person among persons rather than an expert among experts.

### Sullivan’s coherent interpersonal approach

Sullivan (1892–1949) has been credited for being the first to formulate an explicitly interpersonal theory of psychiatry, by psychiatrists as well as by service users in the so-called ‘recovery’ literature (Davidson et al. 2010; Perry 1982). He formulated an interpersonal theory of the self, mental disorder, treatment and recovery. The theory was

formulated in a series of lectures during the period 1946–1947, which were published together in the book *The interpersonal theory of psychiatry* (Sullivan et al. 1953). Sullivan lived his interpersonal theory by creating a therapeutic setting in which the psychiatrist could participate in the everyday activities of the clinic. He saw himself as a person among other persons in any patient’s social world. Sullivan strongly believed that the self-contained individual with a unique individuality was an illusion. He criticized society’s focus on the individual and how the medical model of psychiatry sustained this view, referring to this as “the very mother of illusions, the ever pregnant source of preconceptions that invalidate almost all our efforts to understand other people” (Sullivan 2000/1938, p. 114). To Sullivan there is a different self in each interpersonal relationship, and the person has as many understandings of him- or herself as he or she has interpersonal relationships. The self is fundamentally social in nature and “personality is the relatively enduring pattern of recurrent interpersonal situations which characterize a human life” (Sullivan 1953, p. 110–111). The ideal of human maturity and independence leads us to believe that we are dependent on others only when we feel ill (Sullivan et al. 1970, p. 35). However, in Sullivan’s view, health and illness are both facets of living as a person among persons (Sullivan 1953, p. 313).

Sullivan’s view of mental disorder was consistent with his interpersonal view of the self. He was inspired by Meyer’s psychobiology, which endeavored to abandon a dualistic split between body and mind (Dowbiggin 2011), seeing them as two aspects of the same process. Like Meyer, Sullivan argued that mental illness comes from problems with living and adjustment to society. If a person is unable to adjust to or withstand the social organization in which he is embedded but experiences this organization as important, mental illness can develop (Sullivan 1953, p. 208). In this way Sullivan envisioned a continuum between mental health and illness; a person suffering from a mental illness is not fundamentally different from any other person. Hence Sullivan’s famous one-genus postulate which states that “*everyone is much more simply human than otherwise*” (Sullivan 1953, p. 32; italics in the original).

Sullivan emphasized the importance of taking part in the patient’s everyday life as a participating observer and listening to his or her point of view, which is a crucial aspect of making a social recovery. For several years he lived and worked on a daily basis among schizophrenic patients. When he was given a patient’s story by a staff member, Sullivan could refer to this story as a “wonderful works of clinical fiction” (Havens 2000, p. 129). He read first-person accounts about living in a psychiatric ward, such as the self-biographical book by Beers, a pioneer of the mental

health movement of the first half of the 19th century, who underscored the relevance of the local community for any person's mental health. Sullivan conceived of the psychiatric ward as a self-standing social world, implying psychiatric care and treatment during the other 23 h (Bloom 2002). At the psychiatric hospital, he established a one-class society and did everything to minimize the impact of his own status. He hand-picked male attendants and patients in recovery to staff the ward and taught them his "socio-psychiatric program" in which the schizophrenic patient was to partake as a "*person among persons*" (Conci 1997, p. 131; italics in the original).

With this backdrop, we can state that Sullivan had a coherent interpersonal view of the self, mental health and treatment. With hindsight, we can characterize this approach as 'relational', a view in which body and mind feature as an embodied self within a situation where mental health and illness are ways of experiencing and acting in situations and where mental health care takes place in a situation between two persons who meet as persons, attempting social recovery through participant observation rather than medical treatment of an alien body. In the next two sections, we aim to show how this coherence in Sullivan's approach was lost in the work of those whom he inspired: anti-psychiatry and the user movement in mental health care.

#### Anti-psychiatry: the revolt from above

Sullivan inspired the psychiatrists T. Szasz (1920–2012) and R. D. Laing (1927–1989) to develop their own ideas about mental disorders and care in a revolt against mainstream psychiatry, the so-called anti-psychiatry of the 1960s and 1970s. Crossley (1998) describes their work as a "revolt from above" (p. 878), implying a skeptical stance towards psychiatry as an instance of power and social control. Anti-psychiatry was never a broad revolutionary movement with the intent to demolish the mental health field, but rather an attempt to promote a new paradigm to normalize madness by placing behavior in an interpersonal context rather than an allegedly narrow, normative context that sustains a controlling, medical, and objectifying gaze at patients. The anti-psychiatrists argued that symptoms of mental illness are easier to understand if context is taken into account.

Sullivan's approach impressed Szasz (2010, p. 220) with his portrayal of disease as "problems in living". Though skeptical of the anti-psychiatry label, Szasz famously held that mental illness is a myth. Mind is not brain, he argued; behavior cannot be a disease and is not detectable as a physical defect within the individual. Phenomena studied by psychiatrists, such as racism, suicide, and murder, cannot be revealed through studies of the brain. In his view, the psychiatric establishment exercised negative power

over psychiatric patients by depriving them of the rights to self-determination and freedom and the right to be regarded as citizens who can take the consequences of their own actions. Seen in this light, psychiatry is "an ideology and a technology for the radical remaking of man" (Szasz 1973, p. 11).

Szasz maintained that the medical model was not suitable to help people with their personal, social and ethical problems with living (Szasz 2010, p. 262). Hardship for modern man derives "from stresses and strains inherent in the social intercourse of complex human personalities" (Szasz 1973, p. 14). Difficulties in human relations must be analyzed and given meaning merely within specific social and ethical contexts. Problems of living, as Szasz (1973, p. 22) contended, are due to man's awareness of himself in an expanding world and the increasing "burden of understanding"; however, modernity and man's increasing knowledge do not take away the individual's responsibility for his or her actions by hiding it in the notion of mental illness. Szasz gave his patients the choice whether to work or not. The therapist is not responsible for the patient's actions, only the patient him- or herself, and any preoccupation with the therapist is a way of not attending to one's own life. Szasz, as the libertine he was, encouraged his patients to assume responsibility and develop a self that was independent of the therapist as a way out of their problems with living.

Laing was another important anti-psychiatrist (Crossley 1998). He concurs with Sullivan's well-known assertion that the psychotic person is primarily "simply human" (Laing 2010, p. 34). Human beings may exist in isolation but are first and foremost intimately related to other persons and the world. It may be in one's own family that mental illness first emerges. Problems of living arise when the person is placed in a situation of conflicting expectations from family members (Laing and Esterson 1970). For Laing, mental illness was a normal response to a mad world and thereby socially intelligible (op cit. p. 27). Actions are embedded in meaningful contexts, not controlled settings, and therefore, Laing argued, existential problems can arise that are beyond the person's control. When lacking a solid foundation of existence, the person can experience an ontological insecurity and become "preoccupied with preserving rather than gratifying himself" (Laing 2010, p. 42). An ontologically insecure individual dreads engulfment by the other, implosion into complete emptiness and transformation into a dead thing (Laing 2010, p. 43). When failing to come up with a unique voice, the person may experience a lack of autonomy and become intertwined with the other.

To Laing, people with so-called mental illness are trying to find their way back; psychotic episodes are understandable as an attempt to communicate worries and

concerns, often in situations where this was not possible or not permitted. They should thus be seen as “self-acting agents”, responsible and capable of choice (Laing 2010, p. 22). In Laing’s view, the person needs help to cultivate such independence; accordingly he set up therapeutic communities—the most famous being Kinsley Hall—with the aim to support the person through his or her own voyage.

Szasz and Laing both see the psychiatric patient as a person—more human than anything else—having problems with living. Mental suffering develops within a network of social relationships. Thus far, they follow Sullivan’s relational thinking. However, where Sullivan followed through with a relational view of the self and mental health care, Szasz and Laing emphasize an independent self as the driving force to break out of unhealthy social relationships (Bracken and Thomas 2005). More often than not, human relationships were the problem, and becoming a ‘self-standing’ individual was the solution. Szasz proclaimed individual liberty and independence; persons can make their own choices, solve their own problems and are responsible for their actions. Laing suggested ways that the person might cultivate a more independent self and urged for freedom and subjectivity. Thus, they generated the confusion of offering interpersonal care to an autonomous self. Hence, the anti-psychiatrists, through the voices of Szasz and Laing, did not maintain the coherent relational view of self, mental disorder, and mental health care that had typified Sullivan.

### **The mental health service user movement: the revolt from below**

While anti-psychiatry revolted from above, at the delivering end of mental health care, those at the receiving end of psychiatry also let their voices be heard, initiating a revolt from below (Crossley 1998, p. 878). Judi Chamberlin (1944–2010), an active leader in the user movement, notes that users of mental health services considered anti-psychiatry largely an intellectual exercise of academics with little willingness to reach out to struggling ex-patients and their perspectives (Chamberlin 1990). Initially, user movements may have been nurtured by the anti-psychiatry movement’s critique of psychiatry’s standard medical model and the everyday life it generated in the psychiatric ward, providing a joint platform for individuals who had expressed similar criticism, such as Beers (1908) and Packard (cf. Dowbiggin 2011). However, user groups were also eager to create an identity formulated in positive terms, separate from anti-psychiatry. The user movements merged with a larger class struggle, the ‘counter-culture’ of the 1960s, which provided impetus and legitimacy

(Reaume 2002). The user movement mushroomed into many different user organizations with different agendas and ideologies, and even controversy among themselves, but with a shared belief in the rights to interpret their own experiences of mental disorder, to self-determination and to help on their own terms (Barnes and Cotterell 2012).

The first-person singular voice of a few patients in the late nineteenth and early twentieth centuries had thereby gradually developed into a first-person plural identity as ‘patients/users’, ‘consumers’, or ‘survivors’ (McLean 2010; Pilgrim 2005). Through narratives from former patients, an entirely new form of self-awareness based on common experiences emerged. Service users went from formalized ascribed roles to a growing self-consciousness and self-confidence that was anchored in their unique understanding of their own illness. They did not subscribe to the anti-psychiatric claim that mental illness is not a disease but rather confirmed its status by becoming the new experts on mental illness. As experience experts side by side with medical experts, the majority of user organizations have now turned from an anti-establishment movement into a consumer coalition (Rissmiller and Rissmiller 2006). As consumers, mental health service users have acquired much of the equality they aspired to through grass-roots lobbying rather than by radical revolt and have made “peace with the mental health establishment [with] no sympathy for Szasz’s theory that mental health is a myth” (Dowbiggin 2011, p. 168).

The improvement in equality between service user and provider is based on a shared understanding of mental illness as a medical disease, i.e., as an individual’s ‘bad genes’ or ‘broken brain’ (Adame and Knudson 2008). That is to say that while the user movement strengthened the user voice, a Sullivan-like interpersonal conception of mental health was weakened in favor of an intrapersonal conception of mental health; it is only such a conception that allows one to acquire and express experiential expertise.

### **Standardized versus relational health**

Why are the voices of experts by experience unable to give us a coherent perspective on care and health? To explore this question we use Kugelmann’s (2003) distinction between “standardized health” and “being healthy.” According to Kugelmann (2003), standardized health appears when norms and risk factors are determined by biomedicine, and biomedicine intersects with an economic definition of wellbeing. Parameters of health are turned into medical and economic parameters. Lived experiences are turned into third-person objective categories of sickness and are thus not the health of any particular person; given

are statistical averages in the intersection of biomedicine and economy. Science and health care are increasingly organized like businesses (Gadamer 1996).

Transposed to mental health, standardized mental health can be compared with a Procrustean bed that reduces and deforms its object. The first-person narratives of relational experience of distress, suffering and healing are made into parts of value-free parameters by health care providers and patients. These parameters influence service users' behavior in such a way that they identify themselves with constructed labels even though all they may have in common is the wide range of parameters used to categorize them. They become exposed "to the anonymity of the clinical apparatus" (Gadamer 1996, p. 20). Service users are caught in a double bind. They become dependent on the classifications of diseases to attain support because the socially significant outcome that determines different forms of interventions is what constitutes sickness (Young 1982). To put it differently, the sickness does not define the intervention as much as the intervention defines the sickness. Mental health work materializes as a series of direct relational interventions to standardize these parameters. However, what happens when service users claim to be experts on their disease? The immediate grasp of the life world disappears the moment the service user raises a question from an expert perspective or third person perspective about his or her disease. The life world is no longer experienced but considered as if in the third-person plural. In other words, *they* become part of the problem of the reification of mental health.

In the emerging partnership, service users become part of the family of professionals who, by their 'expertise of subjectivity', can classify, measure, diagnose and prescribe remedies for psychologic illnesses (Rose 1989). Users as experience experts are trapped in a race to keep up with professional experts, as they do their own research, write their stories, campaign politically, etc. Accordingly, the more users invest in becoming experts among experts, the farther they become removed from the relational 'persons among persons' view of mental health work. In racing 'upwards' to become experts, they are captured in what Hacking (1999) termed the 'looping effect', where conceptual labels of mental health evoke new behaviors and where original behaviors may give rise to new labels. It implies that help-seekers' descriptions of their experience of mental health interact with the professional knowledge that categorizes them in the first place (Dehue 2009). This profoundly illuminates the idea that when service user expertise stands on equal footing with research results and professional judgment, user experience is a moot contribution to evidence-based treatment and social support.

To sustain an alternative to the intrapersonal conception of mental health, it has been argued that user groups need

to return to their roots (Lakeman et al. 2007). They need an approach where the person is portrayed in terms of lived experience; one cannot portray a person purely from outside as a "mere object of biological, psychological or sociological investigation" (Merleau-Ponty 2002, p. ix). The person and the world belong together and are inseparable; the interpersonal aspect of illness cannot be separated from the person's lived experience (Van den Berg 1972). An alternative is required where standardized mental health is replaced by perspectives that capture the experience of being mentally healthy.

According to Kugelmann (2003), being healthy is a relational experience; one is not separated from lived experience but rather effortlessly engaged with others in situations in the world. He adopts Gadamer's (1996) view that health is not "something that can simply be made or produced" (p. vii) ... "it is a condition of being involved ... being together with one's fellow human beings" (p. 113). In this perspective, being mentally healthy involves becoming engaged in something—caring about something meaningful, for oneself, for family and friends. Such a perspective on mental health rests on a relational view of the person, and should cohere with a relational view of care.

#### Logic of choice versus logic of care

The preoccupation with user voice and choice is grounded in a logic that enforces a split between the person and the world. To make this point we use Mol's (2008) distinction between the "logic of choice" and the "logic of care." In the logic of choice, professionals are preoccupied with what patients want and opt for. The autonomous patient's right to choose dictates healthcare. The role of professionals is then to provide users with care options to choose from. In the logic of care, by contrast, professionals and patients are not concerned with choice but with what one actually does. In this logic, one's ability to act depends on others in a continuing process that "goes on and on until the day you die" (Mol 2008, p. 62).

In the *pas de deux* between service users and professionals, good treatment is realized when the service user's voice is heard and when mental health workers emphasize the service user's choices. More choice is regarded as the road to better mental health, and it is logical to think that if some choice is good, more is better. Schwartz (2004) argues, however, that in a psychological sense this assumption may be wrong. Although some choice is undoubtedly better than none, more is not always better than less in the caring industry. Too many choices can raise your expectations to an unrealistic level, and it can make you blame yourself for any failures. You can blame

yourself for not making a choice that is more or less per impossible. However, the options of choice differ with one's situation in the world. A good swimmer and a person who cannot swim well do not have the same experience of autonomy when choosing whether to save a drowning man (Merleau-Ponty 2002, p. 508).

In the logic of choice, the individual is disengaged from the world. The world materializes as a conglomerate of neutral objects or facts that are detached from the individual. The individual engaged in the world is replaced by an individual looking at the world as sheer facts from a third-person perspective, and in this way "gives up living" (Merleau-Ponty 1964, p. 159) in it, failing to see that we "live in it from the inside" (p. 178). However, in the lived world of care, we cannot simply separate subject from object or values from facts as these are internally related.

Mol (2008) argues that care has little to do with separate individuality and user choice because care is attuned to people with respect to their basic relationship to one another. Mol puts forward an alternative logic of care where the self emerges in interpersonal situations in everyday living. In the logic of care, individuals are not ensnared in causal chains. Care is always situational, and it does not make an unbridgeable distinction between fact and value. Facts are not just neutral facts; in the logic of care, one attends to facts and values jointly (Mol 2008). In the context of care, knowledge is not information to provide a better map of reality to gradually increase certainty before risk but to gather knowledge is a way "of crafting more bearable ways of living *with, or in reality*" (p. 46; italics in the original). Care cannot be separated from experience, and therefore care aims to improve the situation that "meddles with every detail of our daily lives" (Mol 2008, p. 37). Care appears as tinkering, dealing with the messiness and quirkiness of everyday life, in our relationships with the world, others, and self, over time. In the relational perspective, care is not receiving care, or choosing care, but engaging in care with professionals as much as oneself in an environment which may facilitate or hamper it.

In Mol's analysis of the logic of choice, the collective user voice is formed by individuals who are facing similar problems in living, share a diagnosis, or get the same type of treatment. The user voice acquires strength by adding more individual, autonomous voices. The users influence the market as consumers, and as citizens the sum of their votes may bring about democratic decisions. However, in the logic of care, the collective aspect forms the starting point of reasoning. The person is embedded in the family tradition, or is immersed in the work climate, with all of the habits and customs involved. In this view, the community is not one of 'added equals', but of entangled roles in a relational network, where not everybody is characterized

by the same health- or illness-related variable. Yet, within the network, mental health can become the focal point at which the actions of persons in the network are directed. The person and his or her mental health are not characterized by open choices, but rather by living as making a plethora of small adjustments in a network of relationships to improve one's existence.

### Concluding remarks

The current demand by mental health service users for a stronger voice and more choice is a positive development because users then take center stage in the practice of care. Service users are driven to seek care and treatment within the system of knowledge they once denied but that defines and negotiates their life world by standardizing values. Those service users who strive for equality between users and providers of care have the opportunity to contribute to care and treatment on a par with providers, insofar as this is practically possible. However, this implies that service users who become experts among experts maintain and uphold the pivotal contribution of care providers.

While users have acquired an influential presence as experts among experts, they also have gradually distanced themselves from being persons among persons. We suggest that instead of users climbing 'upwards' to become experts, research should reach 'downwards' and focus more on mental health as a relational 'persons among persons' phenomenon.

Mental health emerges as a lived relational phenomenon between I-oriented persons among persons, whereas it emerges as a reified object when discussed among They-oriented experts. These two different views on mental health are endorsed by different treatment and care practices but also by different systems of knowledge. Those who take a relational perspective on mental health argue that mental health emerges continually in time, in the world, in the body and in relationships with significant others and cannot be objectified to standardized parameters within an autonomous self (Crossley 2011; Frie and Coburn 2010; Martin et al. 2010). Such a relational understanding of mental health requires a human scientific approach that is "in tune with the essence of human beings" (Giorgi 1985, p. 20), a science that is close to practice and anchored in life worlds (Todres et al. 2007, Dahlberg et al. 2009).

The choice of a human scientific approach to mental health implies criticism of powerful governmental demands for evidence-based mental health care in which biomedical access to the patient's experiences of illness makes the management of human beings become all the more powerful and coercive (Taussig 1980). However, it is



also a critique of those service users who strive to become experts among experts and start to see themselves in a medical and perhaps even economic light. McKnight (1995) argues in his book “The Careless Society” that “revolutions begin when people who are defined as problems achieve the power to redefine the problem” (p. 16). The spark of a revolution from above in the anti-psychiatric critique of the legitimacy of experts’ power to define others disappeared when the revolt from below ebbed out into a consumer movement with service users who were eager to collaborate. What we need is a new service user movement grounded outside reductionist standardized health in a logic that encourages a new understanding of what experience of life is as a person among persons.

**Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License which permits any use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and the source are credited.

## References

- Adame, A.L., and R.M. Knudson. 2008. Recovery and the good life: How psychiatric survivors are revising the healing process. *Journal of Humanistic Psychology* 48(2): 142–164.
- Barnes, M., and P. Cotterell. 2012. *Critical perspectives on user involvement*. Bristol, Chicago, IL: Policy Press.
- Beers, C.W. 1908. *A mind that found itself: An autobiography*. New York: Longmans, Green, and Co.
- Bloom, S.W. 2002. *The word as scalpel: A history of medical sociology*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Bracken, P., and P. Thomas. 2005. *Postpsychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Chamberlin, J. 1990. The ex-patients’ movement: Where we’ve been and where we’re going. *Journal of Mind and Behavior* 11(3–4): 323–336.
- Coles, S., S. Keenan, and B. Diamond. 2013. *Madness contested: Power and practice*. Herefordshire: PCCS Books.
- Conci, M. 1997. Psychiatry, psychoanalysis and sociology in the work of H.S. Sullivan. *International Forum of Psychoanalysis* 6(2): 127–135.
- Crossley, N. 1998. R. D. Laing and the British anti-psychiatry movement: A socio-historical analysis. *Social Science and Medicine* 47(7): 877–889.
- Crossley, N. 2011. *Towards relational sociology*. London: Routledge.
- Dahlberg, K., L. Todres, and K. Galvin. 2009. Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: An existential view of well-being. *Medicine, Health Care and Philosophy* 12(3): 265–271.
- Davidson, L., J. Rakfeldt, and J.S. Strauss. 2010. *The roots of the recovery movement in psychiatry: Lessons learned*. Chichester: Wiley.
- Dehue, T. 2009. Neurobiological perfection: On the ADHD movement. In *Difference on display: Diversity in art, science and society*, ed. I. Gevers, M. Bleeker, S. Blume, A. M’charek, M. van Rijsingen, and J. Schoonheim, 94–101. Amsterdam: NAI.
- Dowbiggin, I.R. 2011. *The quest for mental health: A tale of science, medicine, scandal, sorrow, and mass society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frie, R., and W.J. Coburn. 2010. *Persons in context: The challenge of individuality in theory and practice*. London: Routledge.
- Gadamer, H.-G. 1996. *The enigma of health* (trans: Gaiger, J., and Walker, N.). Cambridge: Polity.
- Giorgi, A. 1985. Toward a phenomenologically based unified paradigm for psychology. In *The changing reality of modern man. Essays in honour of Jan Hendrik van den Berg*, ed. D. Kruger, 20–34. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Hacking, I. 1999. *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press.
- Havens, L. 2000. Seeing Sullivan as part of 20th century developments. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 63(2): 127–131.
- Kirschner, S.R., and J. Martin. 2010. *The sociocultural turn in psychology: The contextual emergence of mind and self*. New York: Columbia University Press.
- Kugelmann, R. 2003. Health in the light of a critical health psychology. *Psicología desde el Caribe* 11: 75–93.
- Laing, R.D. 2010. *The divided self: An existential study in sanity and madness*. London: Penguin.
- Laing, R.D., and A. Esterson. 1970. *Sanity, madness and the family*. Middlesex: Penguin Books Ltd.
- Lakeman, R., J. Walsh, and P. McGowan. 2007. Service users, authority, power and protest: A call for renewed activism. *Mental Health Practice* 11(4): 12–16.
- McLean, A. 2010. The mental health consumers/survivors movement in the United States. In *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, 2nd ed, ed. T.L. Scheid, and T.N. Brown, 461–477. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- McKnight, J. 1995. *The careless society: Community and its counterfeits*. New York: Basic Books.
- Martin, J., J. Sugarman, and S. Hickenbottom. 2010. *Persons: Understanding psychological selfhood and agency*. New York, London: Springer.
- Merleau-Ponty, M. 2002. *Phenomenology of perception* (trans: C. Smith). London: Routledge.
- Merleau-Ponty, M. 1964. *The primacy of perception and other essays on phenomenological psychology, the philosophy of art, history, and politics*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Mol, A. 2008. *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. London, New York: Routledge.
- Oniscik, M. 2005. Rational reconstruction: An approach to a history of philosophy. *SOTER* 16(44): 243–250.
- Perry, H.S. 1982. *Psychiatrist of America: The life of Harry Stack Sullivan*. Cambridge, MA: Belknap Press.
- Pilgrim, D. 2008. ‘Recovery’ and current mental health policy. *Chronic Illness* 4(4): 309–310.
- Pilgrim, D. 2005. Protest and co-option—The voice of mental health service users. In *Beyond the Water Towers: The unfinished revolution in mental health services 1985–2005*, ed. A. Bell, and P. Lindley, 17–26. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Reaume, G. 2002. Lunatic to patient to person: Nomenclature in psychiatric history and the influence of patients’ activism in North America. *International Journal of Law and Psychiatry* 25(4): 405–426.
- Rissmiller, D.J., and J.H. Rissmiller. 2006. Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatric Services* 57(6): 863–866.
- Rose, N. 1989. *Governing the soul. The shaping of the private self*. London: Free Association Books.
- Schwartz, B. 2004. *The paradox of choice: Why more is less*. New York: Ecco.
- Speed, E. 2005. Patients, consumers and survivors: A case study of mental health service user discourses. *Social Science & Medicine* 62(1): 28–38.

- Sullivan, H.S. 2000. Psychiatry: introduction to the study of interpersonal relations. Chapter I. The data of psychiatry. 1938. *Psychiatry* 63(2): 113–126.
- Sullivan, H.S., H.S. Perry, and M.L. Gawel. 1970. *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Sullivan, H.S., H.S. Perry, and M.L. Gawel. 1953. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Szasz, T. 2010. *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper Perennial.
- Szasz, T. 1973. *Ideology and insanity: Essays on the psychiatric dehumanization of man*. London: Calder & Boyars.
- Todres, L., K. Galvin, and K. Dahlberg. 2007. Lifeworld-led healthcare: Revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, Health Care and Philosophy* 10(1): 53–63.
- Taussig, M.T. 1980. Reification and the consciousness of the patient. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology* 14(1): 3–13.
- Van den Berg, J.H. 1972. *A different existence: Principles of phenomenological psychopathology*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- WHO. 2010. *User empowerment in mental health—A statement by the WHO. Regional Office for Europe* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Young, A. 1982. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology* 11(1): 257–285.

## 9 Vedlegg

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Rob Bongaardt  
Avdeling for helse- og sosialfag  
Høgskolen i Telemark  
Postboks 203  
3901 PORSGRUNN

Vår dato: 31.08.2011

Vår ref: 27722 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

### KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.08.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27722	<i>God psykisk helse og relasjon</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Telemark, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Rob Bongaardt
Student	Børge Baklien

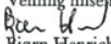
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Bjørn Henriksen

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Børge Baklien, Traverveien 26, 0588 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo, Tel: +47-22 85 52 11, nsd@uia.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim, Tel: +47-73 59 19 07, kyrr.svarva@ntnu.no  
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø, Tel: +47-77 64 43 36, martin-arne.andersen@uit.no



### **Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet "God psykisk helse og relasjon"**

I forbindelse med min doktorgrad gjennomfører jeg et prosjekt om hvordan vi kan forstå opplevelsen av god psykisk helse som relasjonelt. Naturopplevelser og det å være sammen med familie er viktig for nordmenns opplevelse av god psykisk helse. Vi vil undersøke dette gjennom en studie av familier på tur i naturen.

Deltagelse i prosjektet innebærer at jeg er med dere på tur ute i naturen. Jeg vil gjøre opptak av samtaler undervis på turen på en båndspiller.

Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg og kreve informasjonen som er gitt slettet, uten å måtte begrunne dette nærmere. Det er ingen andre enn min veileder og jeg som vil få tilgang til personidentifiserbare opplysninger. De er underlagt taushetsplikt og opplysningene vil bli behandlet strengt konfidensielt.

Resultatene av studien vil bli publisert i vitenskapelige tidsskrifter og som en del av min doktorgrad uten at den enkelte deltaker kan gjenkjennes. Doktorgradsprosjektet forventes å være avsluttet til august 2014. Etter at prosjektet er avsluttet vil opplysningene bli anonymisert.

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Dersom du ønsker å delta i undersøkelsen, er det fint om du signerer den vedlagte samtykkeerklæringen.

Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen, eller ønsker å bli informert om resultatene fra undersøkelsen når de foreligger, kan du gjerne ta kontakt med meg, eller min veileder, på adressen under.

Med vennlig hilsen  
Børge Baklien  
Høgskolen i Telemark  
Tlf. 35 57 54 51  
Mobil: 93 25 36 02  
E-post: [borge.baklien@hit.no](mailto:borge.baklien@hit.no)

Rob Bongaardt (veileder)  
Høgskolen i Telemark  
Tlf. 35 57 54 50  
[rob.bongaardt@hit.no](mailto:rob.bongaardt@hit.no)

## **Samtykkeerklæring:**

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet "God psykisk helse og relasjon" og er villig til å delta i studien.

Signatur ..... Telefonnummer .....