

Mads Kristian Petersen

Recovery og psykisk helse

Hva opplever mennesker med psykisk sykdom som betydningsfullt i en recoveryprosess?

Bacheloroppgave i i vernepleie

Veileder: Torunn Hatlen Nøst

Mai 2020

Tittel: Hva opplever mennesker med psykisk sykdom som betydningsfullt i en recoveryprosess?

Bakgrunn: Personlig recovery er en filosofi innenfor psykisk helse som representerer et skifte av perspektiv angående hvordan man betrakter psykisk sykdom. Recovery fokuserer ikke utelukkende på reduksjon av symptomer, men har heller sitt utgangspunkt i hva mennesker opplever som viktig for å mestre sine egne liv. Flere vestlige land har inkorporert denne filosofien i praksis.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å undersøke hva mennesker med psykisk sykdom opplever som fremmede eller til hinder i personlig recovery.

Metode: Dette er en litteraturstudie. Totalt er 5 artikler med kvalitativt design inntatt som grunnlag for å besvare problemstillingen. Studien følger IMRod - struktur.

Resultat: Funn tyder på at mennesker med psykisk sykdom opplever særlig to forhold som fremmede i personlig recovery: For det første handler dette om individuell utvikling, og er en prosess som består av flere faser, trinn eller stadium. For det andre er betydningen av identitet og positive relasjoner betydningsfullt. Fravær av gode relasjoner, samt stigma og overdreven omsorg kan virke som hinder.

Konklusjon: Mennesker med psykisk sykdom opplever en recoveryprosess forskjellig, og betydningsfulle forhold er ikke avgrenset til å gjelde bestemte elementer som gjelder for alle. For mennesker som befinner seg i vanskelige livssituasjoner og/eller med høygradig symptomtrykk, kan det objektivt sett være «små» forhold som oppleves som betydningsfulle. For andre handler imidlertid recovery om å legge sykdom bak seg. Generelt virker relasjoner og utvikling av identitet uavhengig av sykdom positivt på egen recovery. Offentlig og personlig stigma virker negativt i en recoveryprosess.

Title: What does people with mental illness consider as meaningful in a recovery process?

Background: Personal recovery is a mental health philosophy which represents a change in perspectives regarding how we consider mental illness. This philosophy does not focus entirely on the reduction of symptoms, but rather what people view as important to master their own lives. Several western countries has integrated recovery in mental health care.

Aim: The purpose of this paper is to examine what people with mental illness consider as promoting or obstructing in a personal recovery process.

Method: This is a literature review study. In total 5 research articles with qualitative design is integrated as basis to answer the issue. This study follows IMRoD - structure.

Results: Findings imply that people with mental illness experience in particular two conditions as promoting in personal recovery: Firstly this has to do with personal development, and is a process which can be described as phases, steps or stages. Secondly the importance of identity and positive relations are significant. The absence of positive relations, stigma and exaggerated care can obstruct recovery.

Conclusion: People with mental illness experience a recovery process different, and the significant elements is not reduced to specific conditions which applies to everyone. For people which find themselves at difficult stages in life and/or with a high degree of symptoms, can there be seen from an objective perspective that it is the «little things» which is experienced as meaningful. To others recovery is about considering their mental illness as a completed chapter. In general, relations and development of an identity which is independent from diagnosis, facilitates recovery. Public and internalized stigma obstructs recovery.

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1	4
1. Innledning	4
1.1 Oppgavens tema	4
1.2 Problemstilling	4
1.3 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	4
1.4 Problemstillingens innhold	5
1.5 Vernepleiefaglig relevans	6
1.6 Hva er recovery?	7
1.7 Innhold i en recoveryprosess	8
1.8 Psykisk sykdom	9
Kapittel 2	10
2. Metode	10
2.1 Litteraturstudie	10
2.2 Litteratursøk	10
2.3 Inklusjonskriterier	12
2.6 Litteraturmatrise	15
Kapittel 3	18
3.1 Sammenfatning av resultat	18
3.2 Recovery handler om å bygge sten på sten - en dynamisk og individuell prosess	18
3.3 Recovery handler om identitet og støttende relasjoner	20
4.1 Å bygge sten på sten - gjenvinning av tap og utvikling av identitet	22
4.2 Betydningen av relasjoner	24
4.3 Metodediskusjon	25
4.4 Konklusjon	26
4.5 Referanseliste	27

Kapittel 1

1. Innledning

Innenfor helsearbeid eksisterer det ulike tankesett og modeller omkring hvordan man skal betrakte funksjonshemming. Et tradisjonelt perspektiv er det medisinske, som prinsipielt anser funksjonshemming som et lyte eller en begrensning ved et individ. Motsetningsvis eksisterer den sosiale, som heller betrakter samfunnet som funksjonshemmende, med barrierer og hindre for folk som har ulike utgangspunkt (Tøssebro, 2010). Også innenfor psykisk helsearbeid eksisterer det ulike perspektiv og betrakninger omkring sykdom. Recovery er en slik retning, som i utgangspunktet ikke handler om behandling av sykdom, men heller hvordan mennesker ønsker å leve, herunder hvilke preferanser disse har for et godt liv til tross for sykdom. Sentralt i recovery står blant annet selvbestemmelse og håp (Slade, 2009).

1.1 Oppgavens tema

Tema for denne oppgaven er recovery og psykisk helse. Recovery er ett ord, men med flere ulike betydninger (Slade, 2009). «Clinical recovery» eller «functional recovery» omhandler forhold i et menneskes liv som mer eller mindre objektivt kan måles etter ulike parametre - som for eksempel sosiale relasjoner, uavhengighet, aktivitetsnivå og grad av symptomtrykk. «Personal recovery» fokuserer imidlertid mer på hvordan individer kan leve sine liv tross sykdom, herunder hvordan disse menneskene kan mobilisere egne krefter og på denne måten klare å oppnå mestring (Thomas, Despeaux, Drapalski & Bennett, 2017).

1.2 Problemstilling

Hva opplever mennesker med psykisk sykdom som betydningsfullt i en recoveryprosess?

1.3 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Jeg har valgt dette tema fordi jeg først og fremst finner psykisk helsearbeid interessant. Videre er retningen «recovery» blitt en stor del av plattformen som flere land, blant annet Storbritannia Danmark og USA baserer psykisk helsearbeid på (O'Keeffe et al., 2018; Waldemar et al., 2018). Også flere kommuner i Norge har inntatt en recoveryorientert praksis som en måte å arbeide på, da særlig innenfor rus og psykiatri (ROP). Jeg har hentet mye inspirasjon fra boken til Arnhild Lauveng, tidligere schizofren og nå psykolog. I boken «I morgen var jeg alltid en løve», forteller hun sin historie og hvordan det var for henne å leve under psykiatri. Hurdalssjøen recoverycenter har også påvirket min interesse for feltet. WHO har i sin «mental health action plan» fra 2013 slått

fast at mennesker i «different stages of the life course» blant annet har rett på å bli inkludert og delta i samfunnet (World health organization, 2013 s. 14). Dette er jo i utgangspunktet selvsagt, men årsaken til at dette behandles og statueres kommer av en grunn som stemmer relativt godt med egne erfaringer jeg har gjort meg gjennom praksis - at mennesker med psykisk sykdom kan være avskåret fra deltakelse i samfunnet. Hensikten med denne studien er å forsøke å forstå menneskene bak diagnosene, herunder få et slags innblikk i deres perspektiv og betraktninger omkring hva det vil si å leve med diagnoser og i tilstander som de fleste andre kun har en teoretisk forståelse av. Jeg søker med denne oppgaven en dypere forståelse av hva det innebærer å være psykisk syk, og hvordan disse opplever en recoveryprosess.

1.4 Problemstillingens innhold

Psykisk sykdom er i utgangspunktet et vidt begrep. Dette omhandler teoretisk sett alt fra mildere depresjoner til mer alvorlige diagnoser (Engedal & Snoek, 2017).

Hovedfokuset i denne oppgaven er ikke på ulike diagnoser, men på erfaringer mennesker har i en recoveryprosess. Diagnoser er således relativt overfladisk omtalt, og mer sporadisk enn konkret. I den grad diagnoser presenteres, er det av hensyn til oppgavens tema og fremdrift. Som et bakteppe er det verdt å nevne at tilstandene til de fleste deltakerne som er inkludert i studiene medisinsk sett er definert som alvorlige. På engelsk snakker man her om SMI (severe mental illness) uten at jeg har klart å finne noen god oversettelse til norsk, ei heller noen nærmere definisjon av begrepet. Det er imidlertid klart at ordlyden gir anvisning på en tilstand som subjektivt kan oppleves som belastende. Flertallet av menneskene som er inkludert har enten schizofreni, tunge depresjoner, bipolaritet eller emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (BPD). I utgangspunktet fremstår det kanskje som mer hensiktsmessig, og enklere, å fokusere på et snevrere felt med tanke på diagnoser og/eller populasjoner, men samtidig gjenspeiler ikke dette realiteten - særlig ikke hvis man tenker på arbeidshverdagen som vernepleier, hvor sannsynligheten for at man kun skulle møtt mennesker med eksempelvis kun bipolaritet i alderen 20-50 år er veldig liten. I virkeligheten møter man, slik jeg har erfart i praksis innenfor psykiatri, voksne mennesker i alle aldre, ofte med komorbide tilstander, fra flere land og kulturer, med eller uten rusmiddelavhengighet.

1.5 Vernepleiefaglig relevans

Vernepleierens arbeidsfelt er mennesker med funksjonsnedsettelse (Fellesorganisasjonen, 2017).

Psykisk sykdom utgjør, såfremt denne tilstanden er alvorlig nok, en funksjonsnedsettelse.

Mennesker med psykisk sykdom er altså en gruppe som vernepleieren kan møte i sitt arbeid.

I møte med mennesker skal man som vernepleier være i stand til å «identifisere interesser og ressurser» samt planlegge og gjennomføre praktisk og metodisk miljøarbeid med størst mulig grad av selvbestemmelse og mestring (Utdannings og forskningsdepartementet, 2005).

Videre er det nærmest betingelsesløst nødvendig at man i alt arbeid med mennesker, er i stand til å kunne mentalisere (Hanssen & Røkenes, 2012). Med dette menes at man langt på vei er i stand til å ta andre menneskers perspektiv, og samtidig kan reflektere rundt hvordan en (sykdoms) tilstand påvirker funksjonsevnen til vedkommende, eller enda viktigere - hvordan sykdom ikke skal være korrigerende for samfunnsdeltakelse. Langt på vei er evnen til mentalisering betinget av empati, men samtidig er det viktig å understreke at også teoretisk og kvalitativ kunnskap, slik denne oppgaven etterspør, er med på å skape økte forutsetninger til å kunne forstå tjenestemottakeres utgangspunkt (Hanssen & Røkenes, 2012; Schau, 2017).

Teori

Jeg vil her presentere teori som jeg mener er relevant for å kunne besvare problemstillingen.

1.6 Hva er recovery?

I litteraturen eksisterer flere definisjoner av begrepet recovery. Likevel er det en som går igjen, nærmest som om denne har skapt presedens for flere øvrige. Selv om kilden er fra 1993, har flere forfattere benyttet denne definisjonen, og vist til utbredelsen, feks Slade (2009). Jeg mener gjengivelsen gjør seg best på originalspråket. Den er som følger:

"Recovery is a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by the illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. Recovery from mental illness involves much more than recovery from the illness itself» (Anthony, 1993 s 527).

Som et utgangspunkt fremstår det som hensiktsmessig å snakke om recovery kun som et teoretisk fenomen, altså noe som praktiseres, utøves eller gis som behandling. Dette er imidlertid ikke tilfelle. Recovery er en filosofi innenfor psykisk helsearbeid, da for mennesker med psykisk sykdom (Slade, 2009). Tjenester kan således være mer eller mindre recoveryorienterte. Recovery som filosofi har vokst frem, - aller først med utgangspunkt i USA på 1970 tallet, i kjølvannet av en periode med deinstitusjonalisering. I forlengelsen av dette økte oppmerksomheten omkring menneskerettigheter for psykisk syke (Anthony, 1993). Det unike med denne retningen, er at den i vid forstand representerer et paradigmeskifte, eller om man vil, en maktforskyvning av innholdet i betraktninger omkring individers forutsetninger for å kunne leve med psykisk sykdom. Dette skiftet består som et utgangspunkt i at man ikke gjennom klinisk praksis reduserer mennesker til kun å være syke. Enkelt sagt innebærer dette at individer er mer enn sin sykdom. Satt på spissen kan man si at tradisjonell behandling kanskje har et noe mer paternalistisk preg, med mer eller mindre uskrevne forventninger om at mennesker med psykisk sykdom skal innrette seg etter råd fra helsepersonell (Jacob, 2015). Jacob mener ikke at personlig recovery nødvendigvis skal utelukke klinisk behandling, men at disse ulike retningene iallfall må ses som komplementære (Jacob, 2015). Filosofien må videre ses i sammenheng med andre retninger som har vokst frem med samme mål - økt brukermedvirkning og fokus på menneskerettigheter. Her kan nevnes for

eksempel salutogenese og empowerment (Slade, 2009; Lindström & Eriksson, 2015). Paralleller innenfor disse en retningene er flere, men spesielt en bestemt fellesnevner går igjen - nemlig fokus på individets ressurser fremfor funksjonsnedsettelse, sykdom eller mangler (Tøssebro, 2010).

1.7 Innhold i en recoveryprosess

Å forsøke å gi en uttømmende beskrivelse av materielt innhold i en recoveryprosess vil fremstå som uhensiktsmessig med tanke på filosofiens karakter, at denne er nettopp personlig og individuell. En umiddelbar tanke kan kanskje være at en slik prosess er kronologisk, hvor sykdomsdebut representerer start, og symptomfrihet markerer slutt. Et slik forløp gjelder kanskje noen, men beskriver antagelig mer et ideelt klinisk forløp mer enn personlig recovery (Slade, 2009). Jacob, (2015) mener at å betrakte (alvorlig) psykisk sykdom som et midlertidig fenomen er urealistisk, og at dette på alle vis hører fortiden til. Med dette forstås at for eksempel schizofreni er en tilstand som er, klinisk sett, krevende å kurere. Studier viser at av 100 som får diagnosen schizofreni, så vil 75 av disse i større eller mindre grad ha symptomer livet ut (helsebiblioteket, 2019). Dersom målet skulle være total klinisk helbredelse, eller et fullstendig fravær av symptomer, så vil altså 75% ikke kunne nå dette målet. En ytterligere dimensjon er den potensielle umyndiggjøringen som kan ligge i at man som fagperson «eier» løsningen på andre menneskers utfordringer. Med dette menes at dersom man kan identifisere behov hos andre mennesker, så er det samtidig lett å konkludere med at intervensjon er hensiktsmessig - man skal på et vis reparere «feilen». Det som kan stå i fare for å komme i bakgrunnen ved en slik tilnærming til «problemet», er vedkommendes selvbestemmelse og integritet (Rani, 2015).

I litteraturen fremstilles personlig recovery mer som en «kontinuerlig prosess, eller en reise, hvor man søker å finne mål og mening i livet, men uten at dette kan måles i et bestemt resultat» (Slade, 2009 s 39). At prosessen er personlig innebærer i praksis selvbestemmelse og - ledelse. Likevel fins det empirisk belegg for å si at det er noen elementer som fremmer recovery. Disse prosessene oppsummeres i CHIME-rammeverket; Connectedness, Hope, Identity, Meaning og Empowerment (Slade et al, 2014). CHIME består av flere underkategorier innenfor hvert enkelt felt. Til eksempel nevnes relasjoner, motivasjon, meningsfull deltakelse og ressursfokus. Dette er antagelig den mest fullstendige målestokken som eksisterer innenfor recovery, og brukes til en viss grad i forskning. Likevel har denne forskningen hatt et noe smalt nedslagsfelt med relativt homogene grupper. Her

kan nevnes at det hovedsaklig er hvite populasjoner som har deltatt i studiene, samt at inkluderte diagnoser stort sett er schizofreni og bipolaritet. (Brijnath, 2015; Slade et al., 2014)

Til motsetning fra et klinisk utgangspunkt, er et bærende element innenfor personlig recovery at utgangspunktet tas i det enkelte menneskes liv (Slade, 2009). Ordet «recovery» gir teoretisk umiddelbare assosiasjoner til verbet «to recover» - eller at man er i en prosess som etterhvert skal kunne måles, på den måten at en tilstand har forandret seg - og da gjerne til det bedre. På norsk er kanskje den beste oversettelsen «gjenoppretting, eller å komme seg», selv om disse forstås å være mangelfulle. Man forstår imidlertid at det kan handle om bearbeidelsen av en tilstand som helt eller delvis har satt en ut av spill (Antony, 1993).

I litteraturen er det diskutert hvorvidt recoveryfilosofien skal ses som et mål eller en prosess. Andresen, Caputi og Oades (2006) med flere mener at selve begrepet ikke er klart definert, og at det følgelig er krevende å gi denne retningen et presist og tydelig innhold. Likevel kan man si at retningen som sådan inneholder en rekke elementer og dimensjoner som ideelt og normativt sett gir personer kontroll og råderett over egne liv. Det er imidlertid ikke et fast rammeverk som utgjør recovery, men utgangspunktet er snarere perspektivet på sykdom, samt i hvilken grad man som menneske med en psykisk lidelse er normativt «forpliktet», på eget initiativ eller andres, til å anse seg selv som syk. Sagt på en annen måte vil ikke psykisk sykdom, etter et recoveryorientert tankesett være avgjørende for hvordan et menneske velger å leve sitt liv. Med dette forstår vi at retningen er holistisk og flerdimensjonell - det ligger altså langt mer til et menneske enn kun en diagnose (Stratford, Brophy & Castle, 2012).

1.8 Psykisk sykdom

Psykiske lidelser kan defineres som «en fellesbetegnelse på de sjelelige lidelsene som vi innenfor vår vestlige kulturkrets ser på som sykelige eller behandlingstrengende» (Engedal & Snoek 2017 s 19). Felles for disse tilstandene til menneskene i inkluderte artikler i denne oppgaven, er at de potensielt representerer et alvorlig sykdomsbilde, hvor jeg tolker det som at risiko for psykoser er forhøyet, og at de i betydelig grad påvirker livet hos den som er rammet (Kverme, B., Natvik., E., Veseth, M., Moltu, C., 2019; De Ruyscher, C., Vandevælde, S., Tomlinson, P. & Vanheule, S., 2020; Yarborough, B.J., Yarborough, M.T., Janoff, S.L. & Green, C.A., 2015; Ng, F.Y.Y., Townsend, M.L., Miller, C.E., Jewell, M. & Grenyer, B.F.S., 2019).

Kapittel 2

2. Metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å hente informasjon og kunnskap, med en målsetning om å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte (Thidemann, 2019). Problemstillingen avgjør i stor grad hvilket materiale som er egnet for å belyse temaet. Man skiller som et utgangspunkt mellom kvantitativ og kvalitativ forskning. Kvantitativ metode fører til funn av såkalte «harde data», altså tall eller funn som kan fremstilles skjematisk (Dalland, 2017 s 52). Kvantitativ forskning er egnet til å få frem et lite antall opplysninger om mange enheter, og er derfor ikke inkludert i denne oppgaven.

Kvalitativ forskning handler imidlertid mer om opplevelser. Her finnes ikke nødvendigvis konkrete svar. En problemstilling som relateres til opplevelser eller erfaringer knyttet til et bestemt fenomen har som regel sitt utgangspunkt i kvalitativ forskning (Dalland, 2017).

2.1 Litteraturstudie

Metoden for denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie skal «systematisere kunnskap fra skriftlige kilder» (Thidemann, 2019 s 77-78).

En slik prosess inneholder flere elementer; blant annet innsamling av relevant litteratur, kritisk vurdering av denne, sammenfatning av innsamlet materiale, og til slutt en drøfting av relevant teori med fokus på artikler og valgt problemstilling. Hensikten er å gi lesere en begrunnet og god fremstilling av kunnskap på området som problemstillingen etterspør (Thidemann, 2019).

2.2 Litteratursøk

I arbeidet med denne oppgaven er det blitt benyttet ulike søkestrategier for å komme frem til relevant litteratur. Både systematiske og usystematiske søk har blitt utført. I en tidlig fase foretok jeg usystematiske søk for å undersøke om det i hele tatt eksisterte forskning som kunne være relevant for mitt tema. Jeg ble tidlig samtidig klar over at søk er det Thidemann kaller for en «iterativ» prosess. Dette betyr at å kartlegge relevant litteratur ikke må anses som kun et trinn i arbeidet, men heller en slags parallell til øvrig arbeid. Sagt på en annen måte har det vært nyttig å kunne sortere litteratur underveis, og på dette vis være i stand til å kunne legge til/trekke fra relevante søkeord, og i noen grad eksperimentere med eksklusjons og inklusjonskriterier (Thidemann, 2019).

Mine søk har utelukkende blitt foretatt på engelsk språk. Dette er blant annet fordi temaet «recovery» i utgangspunktet er et engelsk ord som ikke kan oversettes til et presist norsk ord. Videre har jeg ønsket å se på forskning fra hele verden, og da blir norsk språk begrenset som

verktøy. Tidlig i søkeprosessen fant jeg ut at recovery ofte settes i sammenheng med mennesker som har psykiske lidelser og/eller rusavhengighet. Det har ikke vært et bevisst valg å kombinere psykisk sykdom og rusavhengighet. Man kan likevel si at ruslidelser utgjør en av del grunnlaget for denne studien, spesielt for det tilfelle at man legger til grunn av psykiske lidelser og ruslidelser ofte henger sammen (folkehelseinstituttet, 2014). Sannsynligheten for at flere av deltakerne hadde en ruslidelse er statistisk sett derfor tilstede. Videre har ikke rusavhengighet vært et eksklusjonskriterium. Mennesker med schizofreni utgjør en betydelig andel av gruppene som deltar i undersøkelsene, men studiene er ikke begrenset til å gjelde kun disse. Diagnoser som går igjen i sammenheng med forskning på recovery er schizofreni, bipolaritet, tunge depresjoner og borderline personlighetsforstyrrelse. Å bruke «mental illness» i søkeprosessen har oppsummert disse diagnosene relativt godt. Søkeord som jeg har benyttet (i ulike kombinasjoner) er: *Recovery, process, approach, orientation, experiences, schizophrenia, mental health/illness/disorder, personality disorder, psychiatry*. Trunkering og ulike kombinasjoner med AND/OR er brukt for å begrense eller utvide antall treff. I tillegg er MeSH-term for å søke i synonymer benyttet der dette er mulig (Thidemann, 2019). Søkematriksen inneholder kun endelige søk, altså søk som ga treff på artikler jeg har inkludert i oppgaven. Innledende søk, som feks kun «recovery» eller «recovery approach» ga veldig mange og upresise treff, og jeg anser det dermed som unødvendig å ha med i matriksen.

2.3 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurderte artikler	Ikke fagfellevurderte artikler
Siste 10 år	Eldre enn 10 år
Artikler skrevet på engelsk	Artikler på andre språk enn engelsk
Mennesker med psykisk sykdom - eldre enn 16 år	Review artikler
Kvalitativ metode	Barn
Personer i frivillig behandling	Personer som lever under tvungent vern
Personer som ikke er i behandling	Krigsveteraner

2.4 Søkematrise

Søkeord og avgrensninger	Database	Søkedato	Antall treff	Inkluderte artikler
Tittel inneholder: Recovery process Abstract inneholder: mental health OR mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness - Fagfelleurdert - Siden 2010	Cinahl	12.05.2020	23	1: Nordaunet, O.M. & Sælør, K.T (2018) How meaningful activities influence the recovery process
(recovery and approach and personality and disorder and experienc*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh] - Fagfelleurdert - Siden 2010	Psychinfo	12.05.2020	50	1: Kverme, B., Natvik, E., Veseth, M. & Moltu, C. (2019) Moving toward connectedness - A qualitative study of recovery processes for people with borderline personality disorder
Tittel/abstract: Recovery AND approach AND schizophrenia - Siden 2010 - (manuell sjekk for fagfellevurdering)	Pubmed	18.04.2020	47	1: Yarborough, B.J., H., Yarborough, M.T., Janoff, S, L., Green, C.A (2015) <i>Getting by, getting back, and getting on: Matching mental health services to consumers' recovery goals.</i>
Tittel/abstract: Recovery orient* AND psychiatry AND experienc* - Siden 2010 - (manuell sjekk fagfellevurdering)	Pubmed	17.04.2020	19	1: De Ruyscher, C., Vandeveld, S., Tomlinson, P. & Vanheule, S (2020) <i>A qualitative exploration of service users' and staff members' perspectives on the roles of inpatient settings in mental health recovery</i>
Tittel/abstract: Recovery AND approach AND personality AND disorder -Siste 10 år - manuell sjekk fagfellevurdering	Pubmed	22.04.2020	26	1: Ng, F.Y.Y., Townsend, M.L., Miller, C.E., Jewell, M. & Grenyer, B.F.S (2019) <i>The lived experience of recovery in borderline personality disorder</i>

2.5 Analyse

Å analysere en tekst er å grundig gjennomgå det teksten forteller. Samtidig tolker man materialet for å forstå det som presenteres. En god analyse består ifølge Aveyard (referert i Thidemann) av ulike trinn, hvor man blant annet først vurderer litteraturen kritisk, og dernest identifiserer relevante tema som kan belyse ulike sider av problemstillingen (Thidemann, 2019 s. 92). I mitt arbeid har jeg, etter å ha funnet søk som ga rimelige overkommelige tall med tanke på treff, systematisk gått igjennom trefflisten for å undersøke om artiklene kunne være relevant for min problemstilling. Dersom overskriften virket interessant, leste jeg sammendrag for å sjekke nærmere om teksten kunne være særlig aktuell. Etter hvert satt jeg igjen med utvalg et artikler som jeg mener belyser temaet og problemstillingen godt. Disse ble gjennomlest for å ytterligere vurdere beskaffenhet, relevans og aktualitet. For å komme «i dybden» av artiklene ble de utvalgte så gjennomlest flere ganger. Strategisk lot dette seg best gjøre etter Aveyards tips om lese resultatdelen først, og ut ifra denne plukke tema som jeg tok med meg i videre lesing (Thidemann, 2019 s. 96). Til sist gjensto 5 artikler. Disse artiklene er ment å samlet sett skulle gi en god fremstilling av problemløsningens «svar». Til sammen danner analysen utgangspunktet for oppgavens resultat. Hensikten med å fremstille resultat, er å gi en nøytral og «tematisk» fremstilling av hva artiklene forteller (Thidemann, 2019). Artiklene oppsummeres først i en litteraturmatrise, før jeg deretter går i dybden for å kvalitativt kunne si noe om hva disse studiene faktisk bidrar med for å belyse problemstillingen. Jeg presiserer at selv om alle artiklene er studert og inkludert, så er enkelte viet større plass og behandling enn andre under resultat og diskusjon. Studienes omfang, rekrutteringsgrunnlag og etiske overveielser hos forfatterne har hatt betydning for vektlegging av de forskjellige artiklene.

2.6 Litteratormatrise

Artikkel nr 1	Moving toward connectedness - a qualitative study of recovery processes for people with borderline personality disorder
Referanse:	Kverme, B., Natvik., E., Veseth, M., Moltu, C. (2019)
Hensikt	Studien er norsk. Formålet med studien er å kartlegge mennesker med BPD sine perspektiver rundt hva recovery er, og hva som er av vesentlig betydning for at disse skal oppleve kontinuitet og progresjon i en recoveryprosess.
Metode	Kvalitativ metode. 12 kvinner som er i pågående behandling deltok i individuelle dybdeintervju. Kjønn var ikke et kriterium, men kun kvinner ble rekruttert. Forskerne setter dette i sammenheng med at 75% med diagnosen er kvinner. Aktiv psykose var et eksklusjonskriterium.
Hovedfunn/ resultater	Funn viser at recovery er en gradvis og kontinuerlig prosess. Behandling kan enten fremme eller hindre ulike elementer i denne prosessen. Ett sentralt tema, «connectedness,» går igjen i deltakernes svar vedrørende hva de opplever som betydningsfullt i behandling. Med dette menes følelse av identitet, herunder eksistens og tilhørighet - både til seg og samfunnet.
Relevans for studien	Studien er relevant fordi den går i dybden av perspektiver som mennesker med BPD har på recovery og behandling. Det gis gode skildringer av hva disse menneskene anser som elementært for å ha utbytte av behandling, herunder hva som anses som viktige forutsetninger i en personlig recoveryprosess.
Kildekritikk/egne betraktninger	Kun kvinner deltar i studien, Det kan derfor ikke gis overføringsverdi til menn. Videre er aldersspenn relativt smalt - alle er mellom 21 og 37 år. noe som ytterligere begrenser overføringsverdi. Fordel for studiens kildeverdi noteres at forskerne er høyt utdannet med mye erfaring innenfor fagfeltet. Høy grad av forskningsetiske vurderinger og valg.

Artikkel nr 2:	- How meaningful activities influence the recovery process
Referanse	- Nordaunet, O.M., Sælør, K.T (2018)
Hensikt	Studien er fra Norge. Hensikten med studien er å undersøke hvordan mennesker med psykiske lidelser/rusmisbruk opplever meningsfull aktivitet, med alt dette innebærer, som en viktig forutsetning/arena i en recoveryprosess.
Metode	Kvalitativ studie. Delvis strukturerte intervju med 5 menn ved en institusjon som alle har psykiske lidelser som angst, depresjon, ADHD og PTSD i kombinasjon med ruslidelse - hovedsaklig alkohol.
Hovedfunn/ resultater	Tre gjennomgripende tema trekkes ut fra denne studien som påvirkende i en recoveryprosess: 1: Betydningen av en positiv identitet - følelsen av å være verdifull. 2: Å være utendørs, men likevel innenfor rammene for hva et samfunn aksepterer. 3: Hvordan psykisk sykdom og rusmisbruk blant annet fører til redusert selvfølelse, ensomhet, stigma og nedsatt funksjonsevne og således hindrer recovery.
Relevans for studien	Studien gir et godt bilde på «praktisk» recovery. Den peker på funn som belyser problemstillingen. Menneskene som deltar er også godt voksne, alle er over 40 år gamle, noe som indikerer at de har en del livserfaring, noe som gjør dem kompetente på å gi betraktninger rundt hva som fremmer og hindrer recovery.
Kildekritikk/egne betraktninger	Få personer deltar i studien - kun 5 stk. Videre er disse menneskene ikke midt i målgruppen jeg ønsker å undersøke. Ja, de har psykiske lidelser, men disse er selvrapporterte, og kanskje ikke like «alvorlige» som innenfor mer spesialisert psykiatri. Grunnen til at disse menneskene mottar helsehjelp er sannsynligvis på grunn av rusmisbruk og ikke psykisk sykdom. Det fremgår at det er gjort etiske overveielser, med godkjenning fra Norwegian center for research data.

Artikkel nr 3:	A qualitative exploration of service users' and staff members' perspectives on the roles of inpatient settings in mental health recovery
Referanse:	De Ruyscher, C., Vandeveld, S., Tomlinson, P. & Vanheule, S (2020)
Hensikt	Forskerne ønsket å få innsikt i personlige erfaringer hos tjenestemottakere og ansatte ved en avdeling på et psykiatrisk sykehus i Belgia. Avdelingen er organisert som en bolig med totalt 27 sengeplasser og kan regnes som lavterskeltilbud for mennesker som har komplekse mentale lidelser, utstrakt rusmisbruk og ofte mangler et sted å bo.
Metode:	Kvalitative dybdeintervju ble utført. Totalt deltok 20 mennesker i studien. 10 tjenestemottakere og 10 ansatte. 17 intervjuer ble gjennomført.
Hovedfunn/ Resultater	Studien tar utgangspunkt i hverdagslivet til mennesker med psykisk sykdom og setter ord på hva som er viktig for disse, samt hva de opplever som problematisk. Ansatte ved boligen forteller om hvordan en recoveryorientert praksis påvirker deres yrkesutøvelse og samspill med beboerne. Tre hovedfunn ble gjort; 1.) Hvordan boligen tjener som en «trygg havn» for beboerne. 2.) At tjenestemottakerne opplever praksisen ved boligen som individuelt tilrettelagt - og at de på denne måten oppmuntres til å gjenfinne sin egen identitet. 3.) boligen virker som et «transittsted» mot et mer aktivt og verdig liv.
Relevans for studien	Studien tar for seg en gruppe mennesker som har bred erfaring med hvordan livet kan oppleves under sterk påvirkning av psykisk sykdom. Dette samsvarer godt med recoveryfilosofiens utgangspunkt.
Kildekritikk/egne betraktninger	Artikkelen er publisert 6. mars 2020, og er således helt fersk. Dette gir studien høy aktualitet. Flere av deltakerne har bred «erfaring» innenfor psykiatrien, noe som gjør disse til kompetente kandidater til å svare på hva de anser som viktige forhold i egne liv. Studien tar imidlertid for seg både svar fra pasienter og ansatte. I prinsippet er ikke ansatte «i posisjon» til å kunne svare på hvordan pasienter opplever tilbudet, Likevel bidrar dette til å kaste lys over hvordan praksisen ved denne institusjonen er sett fra flere perspektiver. Godkjenning fra den etiske komite ved Ghent Universitetssykehus.

Artikkel nr 4:	Getting by, getting back, and getting on: Matching mental health services to consumers' recovery goals.
Referanse:	Yarborough, B.J., Yarborough, M.T., Janoff, S.L. & Green, C.A (2015)
Hensikt	Undersøkelsen søker å finne svar på hva mennesker med psykisk sykdom legger i «recovery», og på denne måten bidra til å utvikle retningslinjer som kan anbefales for psykisk helsearbeid. Studien er utført i USA.
Metode	Kvalitativ metode. Delvis strukturerte intervjuer med totalt 177 utvalgte deltakere. Mennesker med schizofreni, schizoaffektive lidelser, bipolaritet og affektive psykoser er representert.
Relevans for studien	Studien nyanserer menneskers forutsetninger i en recoveryprosess og setter ord på hvordan denne kan oppleves, herunder hvordan mål og forventninger kan forandre seg i takt med feks symptomtrykk.
Hovedfunn/ resultater	Studien konkluderer med at en recoveryprosess kan inndeles i ulike faser, og at det er viktig at mennesker blir møtt på det stadiet de befinner seg. Forfatterne har inndelt disse stadiene i «getting by», «getting back» og «getting on», hvor deltagerne er kategorisert etter hvor de befinner seg med tanke på symptomtrykk, livssituasjon, forventninger/håp og motivasjon. «Getting by» - deltagerne forstås å ha relativt lave forventninger til recovery. For disse menneskene handler det mest om grunnleggende behov. Videre forteller «getting back» og «getting on» - menneskene om hvor de befinner seg i sin recoveryprosess.
Kildekritikk/egne betraktninger	Deltakerne i studien er ikke rekruttert fra det offentlige helsevesen, og antas ifølge forfatterne derfor å ha en noe «høyere» sosial status. Med dette menes at flere av dem sannsynligvis er gift, har høyere inntekt og har fullført høyere utdanning. I sum kan dette tyde på at disse deltakerne har kommet lengre i sin recoveryprosess enn mennesker som mottar helsehjelp fra det offentlige. Likevel slås det fast at 25% av deltagerne mottar sosial stønad, noe som ikke skiller seg nevneverdig fra andre undersøkelser. Forfatterne av studien er erfarne fagfolk, og dette er relativt stor studie med et bredt grunnlag av mennesker. Viktige forskningsetiske betraktninger er gjort.

Artikkel nr 5:	The lived experience of recovery in borderline personality disorder: a qualitative study
Referanse:	Ng, F.Y.Y., Townsend, M.L., Miller, C.E., Jewell, M. & Grenyer, B.F.S (2019)
Hensikt	Målet med studiet er å få en dypere forståelse for hvordan mennesker med Borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) opplever sin egen recoveryprosess, samt hvilke preferanser disse har for hva som er viktige elementer i en slik utvikling.
Metode	Kvalitativ metode. Fenomenologisk analyse er brukt for å forstå erfaringer knyttet til recovery. Totalt 14 personer deltok - alle kvinner. 7 av disse møtte kriterier for å være «recovered». 7 møtte kriterier for å være «non-recovered».
Hovedfunn/ Resultater	Studien identifiserer 3 trinn og 4 faser som er kjerneelementer i en recoveryprosess. Disse trinnene består av 3 deler. For det første følelsen av å «sitte fast». For det andre selve diagnosen, og for det tredje om å oppleve gode erfaringer. Fasene består av håp, deltagelse, engasjement i behandling og betydningen av relasjoner
Relevans for studien	Studien gir svar på hva deltakerne mener er kjennetegnende for hvordan BPD påvirker livene deres, og hva disse anser som betydningsfullt for å lære seg å leve med lidelsen.
Kildekritikk/egne betraktninger	Diagnosen BPD hos deltagerne baserer seg på selvrapporing. Det kan derfor ikke utelukkes at dette ikke stemmer. Videre er dette en relativt liten studie, med 14 deltagerne. Disse er dog rekruttert på bakgrunn av et større grunnlag - nesten 200 mennesker. Kun kvinner deltar i studien - man kan derfor ikke konkludere med at dette gjelder for begge kjønn. Hensyn til forskningsetikk fremgår ikke i artikkelen.

Kapittel 3

3.1 Sammenfatning av resultat

Etter å ha studert artiklene fremstår særlig to hovedtema som relevant for å besvare problemstillingen «*Hva opplever mennesker med psykisk sykdom som betydningsfullt i en recoveryprosess*».

For det første oppleves recovery som en prosess som består av individuell utvikling, hvor flere ulike faktorer kan spille inn. For det andre fremholder flere av deltakerne betydningen av identitet og nærværet av relasjoner som viktige i egen recoveryprosess. Sitater som er hentet fra artiklene, er ment for å underbygge tema som forfatterne selv har påpekt som gjennomgående og representerer derfor ikke nødvendigvis kun én deltakers syn.

3.2 Recovery handler om å bygge sten på sten - en dynamisk og individuell prosess

Samtlige artikler har en beskrivelse av hvordan recovery er kjennetegnet som en prosess som skjer i flere faser, trinn eller stadier. Personlige forhold og ytre omstendigheter har innvirkning på deltakernes recoveryprosess. Yarborough, Yarborough, Janoff & Green (2015) presenterer funn som indikerer at mennesker med psykisk sykdom har ulike forventninger til egen recovery, og at dette må tas i betraktning og differensieres etter hvor disse befinner seg. I studien beskrives individuelle forutsetninger som en betydelig faktor for egen recoveryprosess, og individer deles inn i kategorier etter hvor de befinner seg med tanke på sykdommens rolle i livet og hvilke forventninger de har til egen recovery. Som et ytterpunkt nevnes at for mennesker som lever med høyt symptomtrykk, feks paranoia eller sterk angst, så er recovery i realiteten å holde ut, overleve, eller å få dekket grunnleggende behov: «I guess recovery means to me, focusing on the things I can do to stay as healthy as possible. In other words, eating, getting some sleep, so real basic survival sort of things» (Yarborough et al., 2015 s 10.). I den andre enden av skalaen beskriver mennesker med lavere grad av symptomer hvordan recovery handler om selvrealisering og frihet «Recovery means overcoming your limitations, showing that you can have autonomy and take care of your bills and your lifestyle» (Yarborough et al., 2015 s 12.). At recovery er en gradvis og kontinuerlig forandring fra mer eller mindre hjelpeløshet til et stadium hvor man tar stadig mer kontroll i eget liv, illustreres av en deltaker gjennom en analogi av hvordan man bygger et hus: «first you need stability in your daily life, work and somewhere to live, that becomes that steady foundation that the house can be built on. then you need a ladder, I'm on that ladder and the psychologist is giving me the tools so I don't have to go up and down that ladder» (Kverme et al., 2019 s. 5.). Yarborough et al., (2015) beskriver samtidig hvordan recovery kan fremstå som en mer kompleks prosess. For å illustrere

dette påpeker de hvordan deltakerne beveger seg mellom flere kategorier. Til illustrasjon kan en deltaker som er å regne i «getting back» kategorien - altså et slags «middels nivå», på et senere tidspunkt oppleve økt oppblomstring av symptomer/verre episoder og dermed «falle» ned i «getting by» kategorien, som er et lavere nivå (Yarborough et al., 2015 s 15).

De Ruyscher, Vandeveld, Tomlinson & Vanheule beskriver også i sin artikkel hvordan mennesker med komplekse mentale lidelser fremhever hvordan oppfyllelse av grunnleggende behov må komme først. Flere pasienter ved institusjonen påpeker viktigheten av hvordan tilbudet er organisert på en måte som gjør at de føler seg trygge: «You feel safe, you get food every day, in the beginning that is good, because you feel bad» (De ruyscher et al., 2020 s 4.). Samtidig argumenter pasienten for hvordan dette etter en stund også kan føre til en realitetssjekk «But after a while you feel like.. oh, I'd like to cook myself again, Or.. how on earth am I going to do this again at home, making food again?» (De ruyscher et al., 2020 s 4.) Betydningen av å få oppfylt grunnleggende behov er i alle tilfelle altså viktig, men kan på en annen side bidra til at mennesker, når de er under omsorg og har kommet seg mer ovenpå, opplever at det foreligger en viss avstand mellom eget funksjonsnivå og et «nødvendig» nivå, noe som potensielt kan bremse utvikling og vanskeliggjøre veien tilbake til samfunnet.

Å skape seg et rom for recovery, altså være i stand til å evaluere og reflektere rundt egen fremgang eller tilbakegang, samt å innrømme seg selv at det er lov å gjøre feil, virker også å være viktig: «To be satisfied with the little steps I take, or to me they are really big steps but to others they might be «really is that a problem?» I have to be proud of what I accomplish, and if I fail, well that is alright too» (Kverme et al., 2019 s 6). Her tilkommer også tålmodighet som en viktig faktor. Både det å ha tålmodighet med seg selv, samt å oppleve et hjelpeapparat som har tålmodighet og forståelse for din situasjon kan bidra positivt til et individs recoveryprosess (Kverme et al., 2019).

At en recoveryprosess skjer gjennom flere trinn belyses også i artikkelen til Ng et al., (2019) og Kverme et al., (2019) Kvinner med BPD forteller om hvordan de, ved sykdomsdebut, opplevde å «sitte fast». Erfaringer knyttet til dette handlet om hvordan sterke følelser i realiteten styrte livene deres. «Emotions are so raw and powerful, they drove everything, I had no insight in who I was, what I was doing or why» (Ng et al., 2019 s 3). Videre beskrives hvordan det å få selve «diagnosen» var et vendepunkt for mange - dette bidro til en bredere forståelse for egne følelser. Diagnosen fungerte også som en nøkkel for å motta riktig behandling. Ytterligere bidro diagnosen

til tilhørighet - vissheten om det finnes andre mennesker med samme type erfaringer bidro til validering og lettelse. Atter et trinn i recoveryprosessen var å utvikle erfaring. Her nevnes blant annet styrking av selvtillit, utvikling av en følelsesmessig horisont - altså en forståelse for andre menneskers perspektiv, engasjement og håp (Ng et al. 2019; Kverme et al., 2019).

Nordaunet & Sælør (2018) undersøkte om mennesker med doble diagnoser opplevde meningsfull aktivitet som bidragsytende i recovery. Aktivitet må i denne sammenhengen tolkes noe utvidende, som alt ifra turopplevelser til små hverdagslige gjøremål. Deltakerne rapporterte at aktivitet bidro til utvikling - av mening i livet, til mestring og bedre selvfølelse, og således fremmet recovery. (Nordaunet & Sælør, 2018).

3.3 Recovery handler om identitet og støttende relasjoner

Et gjennomgående tema i artiklene synes å være behovet deltakerne har for å være noe annet enn sin lidelse. I prosessen av å gjenvinne tap som sykdommen har medført snakker en deltaker i Yarborough et al., (2015) om hva recovery betyr for henne: «recovery means to me being able to say I have a mental illness, but it's not me, it's not who I am, it's not all of me». I dette ligger et behov for å kunne stå opp for seg selv - å ha herredømme over eget liv. Sagt på en annen måte har man et ønske om å kunne frigjøre seg fra sykdom, eller kategorisere og redusere denne til kun å være en del av sin egen person. I kjernen av dette ønsket om å frigjøre seg fra sykdommen ligger, slik De ruysscher et al., (2020) ser det, antagelig det stigma som følger med psykisk sykdom. Å ha en psykiatrisk merkelapp og/eller status som hjemløs er ikke forbundet med et godt selvbilde, men motsatt: «it works in a paralyzing way, a depressing way, it can make you apathetic if you stay in it» (De ruysscher et al., 2020 s 6.)

Å motarbeide et negativt selvbilde gjennom meningsfull aktivitet bidrar på flere vis til å skape en positiv identitet og selvaktelse, slik Nordaunet & Sælør (2018) gjengir hvordan en tjenestemottaker under behandling skapte seg en identitet som handyman: «You know, I always had a talent for repairing things, there isn't a thing I haven't fixed», Nordaunet & Sælør (2018 s. 118)) Denne personen hadde historie som rusavhengig og psykisk syk, men langt viktigere er det at vedkommende var nevenyttig. Gjennom en positiv identitet skapes også et godt selvbilde - man forsterker altså de individuelle forutsetningene for selvtillit. Alle deltakerne i Nordaunet & Sælør (2018) beskriver hvordan det å føle seg «verdt» er avgjørende for eget selvbilde. Sagt på en annen måte fremtrer viktigheten av anerkjennelse og tilhørighet som betydningsfullt for personlig recovery. I forlengelsen av dette er det grunn til å nevne at fravær av tro på seg selv til en viss grad antagelig kan kompenseres gjennom positive relasjoner. I Kverme et al. (2019 s 4.) beskriver en

deltager betydningen av at en terapeut har tro på henne: « I don` t believe in myself, I have zero faith, but she believes. Oh my GOD she believes..... that means everything!»

Kapittel 4

Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil resultatene fra analysen behandles med utgangspunkt i teori for å kunne besvare problemstillingen.

4.1 Å bygge sten på sten - gjenvinning av tap og utvikling av identitet

I litteraturen er personlig recovery beskrevet som en dynamisk og individuell reise. I dette ligger, som et utgangspunkt, en viss abstraksjon. Det er menneskene som gjennomgår denne prosessen som skal gi mening til innholdet. (Slade, 2009). Retningen gir ikke anvisning på et sett med regler eller retningslinjer. Det er heller snakk om verdier og omstendigheter i livet som de fleste av oss, med eller uten diagnose, vil anse som viktige og betydningsfulle. Her tilkommer en dimensjon som bør tas i betraktning i diskusjonen om recovery og psykisk helse, nemlig hvem som faktisk eier innholdet. Det hevdes fra enkelte faglige hold at det eksisterer en viss fare for at recovery hovedsaklig blir definert av tjenesteyterne, og ikke mottakerne, noe som prinsipielt sett bryter med utgangspunktet. (De ruyscher, Tomlinson, Vanheule & Vandeveld, 2019). Når det er sagt, så vil jeg fremheve at avdekte funn prinsipielt sett korresponderer godt med relevant litteratur på området, da særlig med CHIME-rammeverket. (Slade et al., 2014) Selv om funnene i denne studien vil fremstå som fragmenterte dersom man sitter med «fasiten» i hånd, altså CHIME-rammeverket, så er det likevel tydelige sammenhenger. Resultatene trekker særlig i retning av betydningen av Connectedness, Identitet og Empowerment.

Det er blitt kartlagt at recovery for flere handler om å befinne seg på/i ulike stadium, trinn eller faser. (Yarborough et al, 2015; Kverme et al., 2019; Ng et al., 2019) For mennesker med BPD nevnes særlig Connectedness (Kverme et al., 2019) og for disse handler trinnene muligens om bearbeiding og kategorisering av følelser, kanskje er dette fordi lidelsen som sådan er kjennetegnet ved følelsesmessig ustabilitet, negativt selvbilde og manglende impuls kontroll. (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, M, 2004) Fra følelsen av å «sitte fast», beskriver deltagerne med BPD nærmest en slags reise gjennom en prosess mot et mål hvor disse stadig tar mer styring i egne liv. Her nevnes at det for noen var positivt å få selve diagnosen, kanskje aller mest fordi dette bidro til å motta riktig behandling. For andre var det mindre bra å få en diagnose. (Ng et al., 2019 s 4) At recovery handler om ulike stadium, underbygges også av Yarborough et al. (2015) som beskriver hvordan perspektiver på recovery er betinget av hvilken «kategori» personen befinner seg i. For mennesker med høygradig symptomtrykk og/eller betydelige

vanskeligheter kan det handle om å klare å hente avisen, for andre er selvrealisering og samfunnsdeltakelse realistiske mål, sml. «getting by og getting on», som illustrerer ytterpunktene. Fra et behandlerperspektiv kan man umiddelbart tenke på et behov for differensiering. Det handler om individet som sådan, eller slik De ruyscher et al., (2020) presenterer det: «A tailor made approach». Nødvendigheten av tilrettelegging og skreddersøm må altså ikke undervurderes. Å leve med en psykisk lidelse kan for mange mennesker oppleves som å ikke ha kontroll, med alt dette medfører - for eksempel hvordan sykdom kan føre til ulike tap; av relasjoner, selvfølelse og identitet, og i ikke minst hvilket stigma som ofte hører med psykiske lidelser (Yarborough et al., 2015; Kverme et al., 2019). Anthony (1993) mener at konsekvenser av psykisk sykdom kan være vanskeligere å leve med enn sykdommen i seg selv - og at denne «tilleggseffekten» påvirker recovery. Med dette menes hvordan det å bli «kategorisert» som mentalt syk i første omgang påvirker muligheter som et individ har i samfunnet med tanke på for eksempel jobb og bosituasjon. Videre hvordan sykdommen hører sammen med en identitet som frarøver selvbestemmelse og selvfølelse. Dette tapet, eller forminskningen som sykdommen indirekte påfører et menneske, kan således oppleves større enn konsekvenser som sykdommen direkte gir, i form av symptomer og eventuelle funksjonsnedsettelse (Anthony, 1993 s 532). Corrigan & Watson (2002) mener mennesker med alvorlig psykisk sykdom lever med to sett med utfordringer: For det første medfører sykdommen og symptomene nedsatt funksjonsevne. For det andre utfordres disse menneskene av etablerte stereotypier og fordommer (stigma) omkring psykisk syke som gruppe. Stigma er ifølge disse ytterligere et todelt fenomen - offentlig og personlig stigma, eller de fordommer som mennesker med psykiske lidelser inkorporerer i seg selv (Corrigan & Watson, 2002; Yildirim & Budak, 2019; Boyd, Adler, Otilingam & Peters, 2014). Man forstår altså at samfunnets «bedømmelse» kan øve kraft på et individs selvilde. Dette kan da være en medvirkende årsak til behovet flere deltakere har for en «frisk» identitet. Motsetningsvis kan man se hvordan gjenvinning av tap således er positive bidrag i en recoveryprosess, samt hvordan egen bekjempelse av stigma er fremtredende for å klare seg i samfunnet (De ruyscher et al., 2020). Sett under ett kan man stadfeste at en betydningsfull prosess i recovery handler om utvikling av identitet, og da antagelig aller mest en identitet som handler om mer enn diagnosen. Å gjenvinne og utvikle sin identitet handler da i denne sammenhengen, slik jeg ser det, om mer enn kun hvem man er, men også øvrige markører som kjennetegner god livskvalitet.

4.2 Betydningen av relasjoner

Sosial omgang er i seg selv bra for både fysisk og psykisk helse (Smith, 2019). Dette er for såvidt ikke grensesprengende forskning, og det er heller ikke poenget i denne diskusjonen. Det som kan diskuteres, er imidlertid hvordan relasjoner påvirker en recoveryprosess, herunder hvorfor de er viktige, samt sårbarheten og risikoen som mennesker med psykisk sykdom er utsatt for. Resultater i denne studien underbygger, slik jeg ser det, blant annet betydningen av relasjoner for mennesker som gjennomgår en recoveryprosess. Med dette menes ikke bare selve tilstedeværelsen av relasjoner, men mer hvordan disse påvirker - enten positivt eller negativt, progresjonen i recovery.

Som et utgangspunkt representerer psykisk sykdom potensielle vanskeligheter med tanke på relasjoner. Schizofreni kan, diagnostisk sett, medføre nedsatt sosial kapasitet, fordi blant annet evne til persepsjon, tolkning av sosiale koder og adferd endres. Her tilkommer også økt risiko for ensomhet, som i sin tur kan medføre ytterligere økt symptomtrykk. (Yildirim & Budak, 2019) For mennesker med BPD er utgangspunktet annerledes, disse menneskene er ofte intense og impulsive, og kan kjenne på en meget sterk tomhetsfølelse. Symptomene fører ofte til at relasjoner kan bli ustabile og kortvarige. (Engedal & Snoek, 2017) 4 av 5 studier i denne oppgaven belyser betydningen av relasjoner - da i relativt vid forstand, som alt i fra relasjoner i behandling til familie, venner og kolleger. (Ng et al 2019; Yarborough et al, 2015) Deltakerne i Ng et al., beskriver hvordan en god relasjon kan styrke deres egen recoveryprosess, samtidig hvordan en mindre god relasjon påvirker negativt. Markører i gode relasjoner er her blant annet trygghet, forståelse, tillit og samarbeid - oppsummert som en «terapeutisk allianse» mellom individ og behandler. Motsatt fremstår fravær av disse som tilsvarende negativt. (Ng et al., 2019) Selv om denne «terapeutiske alliansen» riktignok kalles noe annet i Kverme et al. (2019) så er innholdet temmelig likt. Også her poengteres det at opplevelsen av «to feel validated and met as a unique person facilitated trust and security in the therapeutic relationship» (Kverme et al., 2019 s 5.). Yarborough et al. (2015) har en litt annen innfallsvinkel i sin studie - her behandles relasjonelle spørsmål i sammenheng med deltakernes selvfølelse. Deltakere beskriver hvordan nære relasjoner, som familie og venner, i takt med sykdommens utvikling, forandret seg, definerte dem som syke, og behandlet dem deretter. Dette beskriver deltagerne som i noen grad umynddiggjørende og bidro til tap av selvfølelse (Yarborough et al., 2015). På den ene siden kan man si at det er naturlig å tenke at psykisk syke har større omsorgsbehov enn andre, og at øvrige behov, som feks selvbestemmelse og autonomi, således må komme i bakgrunnen. Men man forstår, etter denne

studien, at det er en hårfin balansegang mellom omsorg og myndiggjøring. Jeg forstår dette som at i takt med graden av omsorg som ytes, så øker samtidig risikoen for et individs opplevelse av umyndiggjøring.

4.3 Metodediskusjon

Denne oppgaven har en rekke begrensinger. For det første - Resultat avdekker at recovery er en prosess som skjer i flere trinn eller faser. Dette kan ikke sies å havne direkte inn under problemstillingens ordlyd, fordi det heller gir anvisning på hvordan en recoveryprosess faktisk skjer, snarere enn hva som er betydningsfullt i denne. I et praktisk perspektiv er dette likevel vernepleiefaglig relevant, fordi det bidrar til å kaste lys over hvordan man, med økt forståelse, kan organisere tjenester, og kanskje spesielt miljøarbeid, på en individuell og tilrettelagt måte. Videre må det nevnes at i en av artiklene som jeg har inkludert - Ng et al. (2019), fins det ikke forskningsetiske overveielser.

Ytterligere er ikke forholdet til medisiner inkludert. Her kan nevnes at medisiner, og spesielt effekt av antipsykotika over lang tid, er en dimensjon ved recovery som er diskutert. (Harrow & Jobe, 2013) I forlengelsen av dette kan nevnes en fersk studie utført på alvorlig psykisk syke i Danmark - hvor over halvparten av de mener alternativ medisin (CAM) er bidragsytende eller sterkt bidragsytende i recovery. (Dürr & Lunde, 2020)

Gruppen mennesker som danner grunnlaget for undersøkelsene er fra begge kjønn, i alle aldre, og fra store deler av verden. I tillegg vurderer jeg dem som å være «overalt» innenfor psykiatri med tanke på diagnoser, symptomtrykk og livssituasjon. Dette kan føre til lite sammenheng i resultatene, og svekker overføringsverdien. Sagt på en annen måte er det ikke selvsagt at personer med ulike diagnoser, eller i/utenfor behandling opplever det samme som betydningsfullt i en recoveryprosess. I forlengelsen av dette finner jeg grunn til å påpeke at det kun er kvalitative artikler som danner bakgrunn for resultatene i denne oppgaven. Dette kan gi et godt bilde av hvordan noen mennesker opplever et bestemt fenomen, men samtidig kan detaljnivået synes noe høyt sammenlignet med studier som benytter forskning med ulikt design (Dalland, 2017).

Å kun inkludere et lite utvalg mennesker i denne oppgaven var ikke aktuelt, Dette er fordi recovery angår ikke kun én bestemt gruppe mennesker. Som vernepleier vil man, slik jeg har erfart, aldri møte kun mennesker med én bestemt type sykdom, i en aldersgruppe og som perfekt passer den teoretiske beskrivelsen av en diagnose.

4.4 Konklusjon

Mennesker med psykisk sykdom har ulik oppfatning av hva recovery innebærer. Funn tyder på at mennesker med ulik psykisk sykdom likevel opplever at individuell utvikling, identitet og relasjoner er betydningsfullt i en recoveryprosess. En slik prosess er av flere beskrevet som at skjer i ulike faser, trinn eller stadium, hvor start og slutt ikke er kronologisk avgrenset, men at disse fasene handler om hvor de befinner seg med tanke på sykdommens rolle i livet, herunder bearbeidelsen av egne følelser, materielle faktorer og generelle ytre omstendigheter, som for eksempel nettverk og samfunnsdeltakelse. Få deltakere rapporterer at de betrakter symptomfrihet som et endelig mål, men at kontroll og meningsfullt innhold i livet er viktig. Mennesker med høygradig symptomtrykk og/eller uheldige opplevelser, virker å ha andre mål og forventninger til seg selv og innhold i recovery, enn de som forteller at sykdommen spiller en mindre rolle i livet. Stigma i ulike former, samt overdreven omsorg, kan oppleves som hinder i en recoveryprosess.

4.5 Referanseliste

- Andresen R., Caputi P., & Oades L. (2006) Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12): 972–980. DOI: [10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x](https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x)
- Anthony, W.A (1993) Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. Hentet 5 mai 2020 fra: https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive psychiatry*, 55(1), 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- Brijnath, B. (2015). Applying the CHIME recovery framework in two culturally diverse Australian communities: Qualitative results. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(7), 660–667. <https://doi.org/10.1177/0020764015573084>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16–20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- De Ruyscher, C., Tomlinson, P., Vanheule, S., & Vandeveld, S. (2019) Questioning the professionalization of recovery: a collaborative exploration of a recovery process, *Disability & Society*, 34:5, 797-818, DOI: [10.1080/09687599.2019.1588708](https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1588708)
- De Ruyscher, C., Vandeveld, S., Tomlinson, P., & Vanheule, S. (2020). A qualitative exploration of service users' and staff members' perspectives on the roles of inpatient settings in mental health recovery. *International journal of mental health systems*, 14, 15. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00347-w>

- Dürr, D. W., & Lunde, A. (2020). Complementary and alternative medicine (CAM) in Danish residential homes for people with severe mental illness: Use and perceived benefits of CAM in relation to recovery. *The International journal of social psychiatry*, 20764020919485. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0020764020919485>

- Engedal, K. & Snoek, J.E (2017) *Psykiatri for helsefagutdanningene* (4 utg.). Cappelen Damm AS

- Folkehelseinstituttet (2014) Rusbrukslidelser i Norge. Hentet 15. mai fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

- Fellesorganisasjonen (2017) Om vernepleieryrket. Hentet 20. mai 2020 fra: <https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf>

- Hanssen, P.H & Røkenes, O.H. (2012) *Bære eller briste - kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.utg.) Bergen: Fagbokforlaget

- Harrow, M., & Jobe, T. H. (2013). Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery?. *Schizophrenia bulletin*, 39(5), 962–965. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt034>

- Helsebiblioteket (2019, 21. juni) Schizofreni. Hentet 25.april 2020 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/schizofreni>

- Jacob K. S. (2015). Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. *Indian journal of psychological medicine*, 37(2), 117–119. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.155605>

- Kverme B, Natvik E, Veseth M., & Moltu C. (2019) Moving Toward Connectedness – A Qualitative Study of Recovery Processes for People With Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychology*. 10:430. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00430>

- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)

- Lindström, B & Eriksson, M. (2015) *Haikerens guide til salutogenese - helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv* (1 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

- Ng, F.Y.Y., Townsend, M.L., Miller, C.E., Jewell, M & Grenyer, B.F.S. (2019) The lived experience of recovery in borderline personality disorder: a qualitative study. *Borderline personality disorder and emotional dysregulation* 6, 10. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0107-2>

- Nordaunet, O.M. & Sælør, K.T. (2018). «How meaningful activities influence the recovery process», *Advances in Dual Diagnosis*, Vol. 11 No. 3, pp. 114-125. <https://doi.org/10.1108/ADD-01-2018-0002>

- O'Keeffe, D., Sheridan, A., Kelly, A., Doyle, R., Madigan, K., Lawlor, E., & Clarke, M. (2018). 'Recovery' in the Real World: Service User Experiences of Mental Health Service Use and Recommendations for Change 20 Years on from a First Episode Psychosis. *Administration and policy in mental health*, 45(4), 635–648. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0851-4>

- Rani, U. (2015). The strengths model: A recovery-oriented approach to management of people suffering with severe mental illness. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(4), 445-447. Hentet fra: <https://search.proquest.com/docview/1690733575?accountid=12870>

- Skau, G.M. (2017) *Gode fagfolk vokser - personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (5 utg.). Cappelen Damm Akademisk

- Slade, M. (2009) *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press

- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(1), 12–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Smith, T.W. (2019) Relationships Matter, *Psychosomatic Medicine*: January 2019 - Volume 81 - Issue 1 - p 2-6 <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000660>
- Stratford, A., Brophy, L., & Castle, D. (2012). Integrating recovery-oriented practice into psychiatric registrar training. *Australasian Psychiatry*, 20(6), 524–526. <https://doi.org/10.1177/1039856212465349>
- Thidemann, I-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter - den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Thomas, E. C., Despeaux, K. E., Drapalski, A. L., & Bennett, M. (2018). Person-Oriented Recovery of Individuals With Serious Mental Illnesses: A Review and Meta-Analysis of Longitudinal Findings. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 69(3), 259–267. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700058>
- Tøssebro, J. (2010) *Hva er funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget
- Utdannings og forskningsdepartementet. (2005) Rammeplan for vernepleierutdanning. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf
- Yarborough, B. J., Yarborough, M. T., Janoff, S. L., & Green, C. A. (2016). Getting by, getting back, and getting on: Matching mental health services to consumers' recovery goals. *Psychiatric rehabilitation journal*, 39(2), 97–104. <https://doi.org/10.1037/prj0000160>
- Yildirim, T., & Kavak Budak, F. (2020). The relationship between internalized stigma and loneliness in patients with schizophrenia. *Perspectives in psychiatric care*, 56(1), 168–174. <https://doi.org/10.1111/ppc.12399>

- Waldemar, A. K., Esbensen, B. A., Korsbek, L., Petersen, L., & Arnfred, S. (2018). Recovery orientation in mental health inpatient settings: Inpatient experiences?. *International journal of mental health nursing*, 27(3), 1177–1187. <https://doi.org/10.1111/inm.12434>
- World health organization. (2013). Mental health action plan. Hentet 25. Mai 2020 fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=1B95DE64E35FD0185240AD75F3A0044F?sequence=1

