

Topor, A. (2025). Om å komme seg: «Recovery» i kontekst. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 207–226). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550212>

Kapittel 12

Om å komme seg

«Recovery» i kontekst

Alain Topor¹

1 Teksten ble opprinnelig skrevet på svensk, og er oversatt til bokmål ved hjelp av ChatGPT og en påfølgende språklig gjennomgang og bearbeidelse av redaktørene. Den endelige versjonen er gjennomgått og godkjent av forfatteren selv.

Introduksjon

Fra å ha vært en kontroversiell tanke og praksis har recovery blitt den dominerende visjonen når det gjelder psykiske helse i lokale, nasjonale og internasjonale policydokumenter. Ambisjonen med dette kapittelet er:

- å sette begrepet recovery og prosessen med å komme seg i en sosio-materiell, relasjonell og kulturell sammenheng.
- å oppsummere den kunnskapen som har vokst frem om faktorer og aktører som kan påvirke prosessen med å komme seg.

Den videre fremstillingen er inspirert av Andersens (2018) oppfordring: «Ambisjonen er å forankre psykisk helsearbeid i kunnskapens mangetydighet, menneskets sårbarhet og hverdagslivets kompleksitet. Det innebærer at vi må motstå visshetens fristelse» (s. 53).

Å komme seg i en sammenheng

Da tanken først ble formulert om at mennesker som ble ansett for å være «alvorlig psykisk syke» kunne komme, brøt den med en langvarig tradisjon innen psykiatrien. «Sykdommene» ble antatt å ha et naturlig forløp der personen gradvis mistet mange menneskelige egenskaper. En «sykdom» som schizofreni ble beskrevet som livslang.

Forskningsresultater

På slutten av 1970-tallet og begynnelsen av 1980-tallet ble flere langtidsoppfølgingsstudier av personer som hadde fått diagnosen schizofreni publisert. Resultatene møtte sterk motstand da man jo «visste» at schizofreni var en uhelbredelig sykdom. Hva viste disse studiene?

Bleuler (1978), Ciompi (1980), begge i Sveits, og Harding et al. (1987) i USA viste at mellom halvparten og to tredjedeler av personene som hadde fått en schizofrenidiagnose, enten hadde kommet seg helt (total recovery),

eller var i en avansert prosess med å komme seg (sosial recovery). Flertallet var altså i en prosess med å komme seg fra en kronisk sykdom!

I 1979 publiserte Verdens helseorganisasjon (WHO) resultatene fra en oppfølgingsstudie av personer med diagnosen schizofreni i ni land. I tillegg til å bekrefte at det ikke var uvanlig å komme seg, ble forskerne overrasket over at denne sannsynligheten var høyere i lavinntektsland sammenlignet med høyinntektsland.

Hypotesene som da ble formulert for å forstå disse uventede funnene, handlet om sosiale og kulturelle forskjeller. Faktorene som ble tatt opp, handlet om familiestrukturen (flergenerasjonsbolig versus kjernefamilie), arbeidsmarkedet (fleksibelt landbruk versus organisert industrinæring) og forestillingene om psykiske problemers art (medisinske versus åndelige/religiøse) (Waxler, 1979).

I nyere tid har man også påpekt at mennesker i lavinntektsland hovedsakelig kommer i kontakt med helsetjenesten under en kriseperiode og da medisineres over en begrenset tid, i motsetning til personer i høyinntektsland som ofte medisineres over lengre perioder. (Se også Harrow et al., 2012.)

Warner (1985/2004) sammenstilte et åttitalls oppfølgingsstudier publisert gjennom hele 1900-tallet og kunne bekrefte tallene fra de tidligere studiene. Tre aspekter i Warners studie er spesielt interessante:

- Personer med diagnosen schizofreni hadde kommet seg i samme omfang gjennom hele 1900-tallet.
- Folk syntes altså å komme seg uavhengig av sin samtids spesifikke spesialisttjenester.
- Sannsynligheten for å komme seg minsket imidlertid i en periode på 1920- og 30-tallet. Den økende nøden og arbeidsledigheten på den tiden reduserte sannsynligheten for å komme seg. Når økonomien ble bedre, så kom også menneskene som ble sagt å ha en kronisk psykisk sykdom, seg.

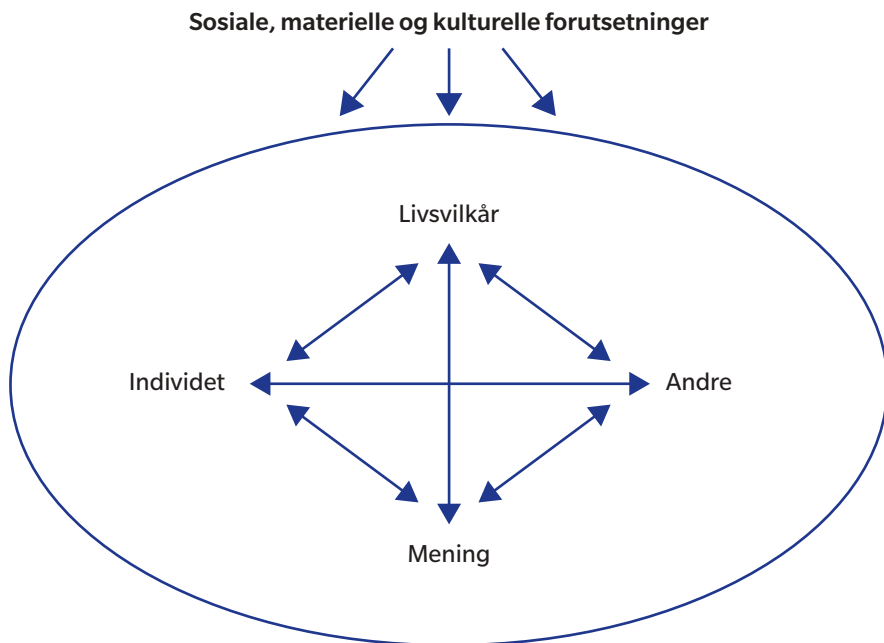
Hvis mennesker som ble antatt å ha alvorlige psykiske sykdommer kunne komme seg som følge av sosiale, materielle og kulturelle omstendigheter, kunne selve forestillingen om at de skulle ha vært syke utfordres. Var det en vrangforestilling?

Psykiske problemer og konteksten rundt å komme seg

Den samlede kunnskapen om prosessen med å komme seg fra psykiske problemer peker på betydningen av å erstatte den tradisjonelle psykiatriens abstrakte pasienter stilt utenfor sin sosiale sammenheng med konkrete individer som lever virkelige liv (Pilgrim, 2015). Å komme seg kan derfor ikke planlegges i forhåndsbestemte trinn, men forutsetningene for at en positiv utvikling skal kunne inntreffe, kan påvirkes. Den individuelle prosessen må settes i en sammenheng.

Figur 12.1

Vilkår for å understøtte en recovery-prosess.



De ulike delene i denne figuren presenteres nedenfor.

Sosiale, materielle og kulturelle forutsetninger

Å utelukkende snakke om vitenskapelige fremskritt er langt fra hele sannheten, og vi bør derfor plassere utviklingen innen psykiatrien i sin sammenheng (Pilgrim, 2013). Den siste halvdel av 1900-tallet var en tid da velferdsstaten ble utviklet, koloniserte land frigjorde seg, og diktaturer ble styrtet. Andre fremskritt berørte blant annet kvinner og afroamerikanere, samt de institusjonaliserte gruppene i den vestlige verden (eldre, funksjonshemmede, fengslede og mennesker med psykiatriske problemer) som hadde blitt fratatt sine menneskerettigheter.

De «totale institusjonene», som mentalsykehusene ble kalt, der alle aspekter av hverdagen ble regulert av de profesjonelle (Goffman, 1961), ble åpnet, og psykiatrien sluttet å være et reservert område for eksperter og ble dratt inn i den offentlige diskusjonen. De utskrevne pasientene utgjorde en forutsetning for uavhengige brukerbevegelser.² Denne tiden kan ses som en tid for frigjøring, ikke først og fremst som et individuelt prosjekt, men som en kollektiv handling. En mulig definisjon på prosessen med å komme seg i et slikt sosialt perspektiv kunne være:

Recovery er en dypt sosial, unik og felles prosess der våre levekår, materielle omgivelser, sosiale relasjoner og selvoppfatning utvikler seg. Det handler om å strebe etter å leve tilfredsstillende, håpefulle og gjensidige liv, selv om vi fortsatt kan oppleve trusler, stressende sosiale situasjoner og smerte. Recovery innebærer å engasjere seg i møter og dialoger der nye måter å forstå og håndtere ens situasjon på skapes i takt med at vi overskrider den psyko-sosiale-materielle krisen (Topor et al., 2022, s. 11, oversettelse av redaktør i samråd med forfattere).

2 Eksempelvis ble den første norske psykiatrikritiske interesseorganisasjonen «We shall overcome» (WSO) stiftet 17. oktober 1968.

Materielle livsvilkår

Menneskers konkrete livsvilkår er merkelig fraværende i den psykiatriske litteraturen. Innenfor rammen av en bio-medisinsk tankegang ser det ut til å være en skillelinje mellom en persons levekår og den sykdommen hen antas å ha. En psykiatrisk sykdom påvirkes ikke fundamentalt av individets virkelige liv. Derimot påvirkes individets virkelige liv av sykdommen.

Her ligger det ideologiske grunnlaget for oppdelingen mellom «behandling» (medisinsk) og «støtte» (sosialt). Det er denne skillelinjen som forskningen basert på brukeres erfaringskunnskap utfordrer. Tilgang til et anstendig materielt grunnlag for livet kan i seg selv utgjøre et sentralt bidrag til prosessen med å komme seg (Larsen & Topor, 2017; Topor et al., 2018). At slike faktorer kan påvirke «symptomer» og «sykdom», utgjør en utfordring for den bio-medisinske modellen.

Normalisering av levekår

Av-institusjonaliseringen og normaliseringen i Skandinavia handlet ikke om en normalisering av individene og deres atferd; at de skulle trenes opp og lære seg å oppføre seg «normalt» for å kunne integreres i samfunnet (Nirje, 1985). Tvert imot skulle de som ble skrevet ut ha rett til en egen bolig, til egne penger og til å bestemme hvordan de ville organisere sin hverdag; sitt liv. De skulle også fortsatt ha rett til støtte og behandling, men som alle andre borgere, på sine egne vilkår og ikke ut fra en sentralt bestemt rasjonelt plan, som Goffman (1961) beskriver som et viktig aspekt ved totale institusjoner. Det handlet om å gå fra å være pasient til å være person og borger. La oss nå rette søkelyset mot to aspekter ved disse levekårene: et hjem og penger.

Hjem eller bolig?

Når det gjelder hvordan mennesker med psykiske problemer ønsker å bo, oppsummerte Tanzman kunnskapstilstanden allerede i 1993.

Brukere rapporterte konsekvent at de foretrakk å bo i sitt eget hus eller leilighet, å bo alene eller med sin ektefelle eller romantiske partner, og ikke å bo med andre brukere av psykiske helsetjenester.

Brukerne rapporterte en sterk preferanse for å ha ansatte tilgjengelige ved behov; få respondenter ønsket å bo sammen med de ansatte. Brukerne understreket også viktigheten av materiell støtte som penger, husleiestøtte, telefoner og transport for å kunne leve et godt liv (s. 450).

Dette er en kunnskapstilstand som sannsynligvis gjelder fortsatt i dag (Andvig et al., 2013). Et eget hjem har vist seg å være en viktig del av livet for å komme seg (Borg et al., 1985; Borg, 2007). Til tross for denne kunnskapen har man ofte skapt ulike boformer som er fremmede for tanken om å skape et «hjem» (Hall et al., 2021; Topor et al., in press).

Disse nye «hjemmene», «bofellesskapene», som skulle befinne seg i lokalsamfunnet, ligger ofte i samfunnets randsoner. Hverdagen der styres ofte av regler fjernt fra dem som vanlige mennesker har i sine hjem (Andersen et al., 2016; Friesinger et al., 2019; Lindvig et al., 2020).

Penger gir helse?

Ikke alle mennesker som lever under vanskelige økonomiske forhold, har psykiske problemer. Selv rike mennesker kan ha psykiske problemer. Men hvis man er fattig, er det sannsynlig at man lever under belastende omstendigheter når det gjelder sosialt miljø (bolig, skole, arbeid, vold og hverdag), relasjoner (stressede foreldre, lærere ...) og ressurser (kulturelle og fritidsmuligheter). Dermed øker risikoen for at man utvikler måter å håndtere denne virkeligheten på som ytterligere øker belastningene, og som på sikt fører til at man får det dårlig (Kirkbride et al., 2024).

Selv om man ikke lever under fattige forhold, kan man bli utsatt for alvorlige belastninger som fysiske og psykiske overgrep. Får man psykiske problemer, betyr det at man risikerer å bli fattig. Til de psykiske problemene legges et økonomisk stress som knapt øker ens muligheter til å komme seg. Cohen (1993) påpekte at fattigdommens uttrykk minner om det som psykiatrien forbinder med «psykiske sykdommer».

Å være nede, oppgitt og mistroisk mot andre kan anses som forståelige måter å håndtere et liv i fattigdom på. Når disse håndteringsmåtene omformes til tegn på psykisk uhelse, øker risikoen for at problemene individualiseres. Sosiale problemer gjøres til psykologiske og medisinske feil hos individet (Boyle & Johnstone, 2018; Johnstone & Boyle, 2018; Dalal, 2018).

Flere studier (Davidson et al., 2001; Topor et al., 2017) viser at når mennesker med alvorlige psykiske problemer fikk en forbedret økonomi, så fikk mange det bedre. Flere av deres symptomer, som angst og depresjon, avtok. De gjenopptok kontakt med pårørende og venner, og traff nye venner. De viste en bedre livstilfredshet. Pengene åpnet et nytt handlingsrom. De kunne delta i samfunnet på en ny måte. Den bio-medisinske modellens skillelinje mellom sykdom og det sosiale livet ble opphevet.

Mening

I kriser stiller man ofte spørsmål som: Hvorfor akkurat jeg? Hva har jeg gjort galt? Hva skyldes det? Ofte handler det om situasjoner der man utsettes for belastninger og utfordringer som ikke kan forstås innenfor rammen av den vanlige fortellingen om ens liv som vi alle bygger opp (Bury, 1982). Å forsøke å forstå det som skjer, kan ta mange uttrykk. Dikt, dagbøker, malerier er ulike måter å forsøke å gi mening til vanskelige erfaringer på. Ulike former for psykoterapier kan hjelpe til å bygge en akseptabel fortelling. Religion og åndelige bevegelser tilbyr ofte det samme.

Det interessante, og provoserende, er at alle disse ulike fortellingene har vist seg å kunne hjelpe mennesker. Fortellingens sannhetsgehalt ser dermed ikke ut til å være så viktig, så lenge den er forankret i individet og ikke bryter for mye med kulturen som individet er en del av. Fortellingen danner en privat sannhet, som kan deles med andre og blir hjelpende nettopp på grunn av det.

Individet

Anerkjennelsen av brukerkunnskap utgjør et brudd med den psykiatriske tradisjonen som definerer pasientene i form av mangler. Brukerorganisasjoner og enkelte brukere har alltid utfordret denne (vrang)forestillingen blant mange helsearbeidere, men det er først nylig at brukererfaringer og kunnskap

har fått en formell stilling. I Norge utgjør forsøk med «selvvalgt innleggelse» (Møller Olsø et al., 2016) og «medisinfri behandling» (Cooper et al., 2021) samt ansettelsen av «erfaringskonsulenter» (Sundfør, 2012; Eriksen Hammer, 2020) ulike måter å anerkjenne og anvende dette «nye» perspektivet på.

Å håndtere

Da forskere begynte å intervju personer som hadde kommet seg, oppdaget de at disse personene ofte hadde forsøkt å håndtere sine problemer på egen hånd. Dette gjaldt også den sosiale situasjonen de hadde havnet i som følge av problemene. De håndterte sine familier, venner og bekjente. De håndterte representanter fra myndighetene; ansatte på Nav, innen psykisk helsevern og i kommunale virksomheter; ansatte som hadde makt over deres liv, makt til å tilby ulike ressurser eller nekte dem disse (Bülow et al., 2016; Denhov, 2016). Det er for liten plass i denne artikkelen til å belyse de ulike brukernes egne måter å håndtere problemer på, men to kan kort nevnes her.

Den ene er aktiviteter. Å aktivisere seg kan være ytterst virksomt. Flere brukere som jeg har snakket med, har fortalt hvordan deres stemmer, angst og nedstemthet har minket eller forsvunnet når de har klart å ta seg til et kommunalt treffsenter, eller ut i naturen. I vår kultur forbindes aktiviteter med helse og møtes positivt av omgivelsene. Men brukere har også nevnt at de har hatt behov for å trekke seg tilbake, stoppe opp, og være inaktive. Passivitet vekker en del uro i vår kultur, men de fleste av oss kan trenge en stund til å vende oss innover og slik sett pendle mellom aktivitet og passivitet.

Løsningsforsøk kan også misforstås som «symptomer» på en underliggende sykdom. Misbruk, for eksempel, beskrives av og til som en vellykket måte å håndtere en livssituasjon på preget av trusler og overgrep kombinert med å ikke bli sett av foreldre og myndighetsrepresentanter. Brukere forteller om rusmiljøer som et fellesskap og en sammenheng der de kunne føle seg sett (Topor et al., 2021). Ved å forsøke å «helbrede» en persons løsningsforsøk, uten å se til det som ligger bak, er faren at personen mister en måte å håndtere det opprinnelige trusselen de ble utsatt for. Fiksering på symptomer som et sykdomstegn risikerer å gjøre profesjonelle blinde for personens livshistorie og nåværende situasjon og for den rolle som «symptomene» kan spille i denne sammenhengen.

Den engelske kliniske psykologforeningen (Boyle & Johnstone, 2018; Johnstone & Boyle, 2018) har utviklet et alternativ til de bio-medisinske

diagnosemanualene som de kaller Power–Threat–Meaning framework (PTMF. Makt–trussel–mening–rammeverket). Et sentralt spørsmål i møtet med en person som søker hjelp, er ikke «Hva er galt med deg?», men «Hva har skjedd med deg?» De kaller det som psykiatrien ser som symptomer, for «trussel-responser», det vil si måter å håndtere trusler og overgrep som personen har vært / er utsatt for. Måter som blir forståelige hvis de settes i sin sammenheng, en sammenheng bestående av det virkelige livet og fortellingen om det.

Å anerkjenne individet som en agent er et revolusjonerende skritt innen psykisk helsefeltet. Men ikke uten risikoer. Risikoen er å omforme den irrasjonelle og uansvarlige syke pasienten til «eksperten» og dermed den ansvarlige for sin egen «recovery»; sin egen skjebnes smed. I begge tilfeller overser man den sosiale sammenhengen der individet befinner seg, og hvilke konkrete ressurser (positive relasjoner, økonomi, et eget hjem ... vedkommende har til rådighet for å håndtere sin situasjon (Tew, 2013; Rose, 2014).

Andre

Å komme seg er en reise som personen gjør selv. Men det er ingen ensom reise. Tvert imot er andres støtte og hjelp sentralt for hvilke veier reisen kan ta. Mennesker som har kommet seg, beskriver andre personers sentrale rolle i denne prosessen (Price-Robertson et al., 2017). Vi blir til i relasjon til andre. Uten andre, intet jeg. Lidelsen (og lykken) oppstår i relasjoner til andre mennesker. Lidelse og smerte, hovedsakelig i onde relasjoner, overgrep, likegyldighet, å ikke bli sett, eller bli sett som «feil».

Andre kan egentlig være hvem som helst (Topor, 2001). Mange nevner et tilfeldig møte som formidler følelsen av at man ikke er en abstrakt skapning, en pasient, en narkoman, men et sammensatt menneske. Flere nevner hunder som viktige andre; hunder som er avhengige av eieren, som er så tydelig glade når man kommer hjem. Hunder som man må gå ut og gå tur med. Eller det kan være andre mennesker som har lignende erfaringer med psykisk lidelse som en selv og av omsorgen og pleien, som man kan dele erfaringer med. Sist, men ikke minst finnes gud og mennesker i ulike menigheter som innebærer selskap og aksepterende nærvær. Her berøres kort pårørendes og venners rolle i en prosess der man kommer seg.

Familie og venner

I litteraturen om fremveksten og utviklingen av psykiske problemer spiller ofte familiemedlemmer en sentral rolle enten som årsaken bak problemene eller som de som har gjort prosessen med å komme seg mulig. Men i samtaler med dem som har kommet seg, blir bildet ofte mer sammensatt (Topor et al., 2006). Bare ved å forbli til stede og ikke forlate personen som har havnet i krise, formidler de både en aksept for personen som han eller hun er, og et håp om at ting kan bli bedre. De er også levende minner om personen før problemene ble overveldende.

En annen viktig rolle er å være tilgjengelig. Å være tilgjengelig uten timebestilling og ventetider. Å tilby beskyttelse, men også å formidle kontakten til det profesjonelle hjelpeapparatet. Å ta risikoen for å bli sett på som en forræder av brukeren som ikke ønsker kontakt med hjelpeapparatet, og som en problematisk person av helsepersonell når man varsler om hjelpebehov og stiller krav til tiltak. Å være tilgjengelig innebærer å tilby mat, husrom og andre av hverdagens nødvendigheter. Å forbli til stede og å være tilgjengelig innebærer også å utfordre skyldfølelsen som man ofte sliter med.

En siste utfordring er selv å kunne gå videre. Over lang tid har man tilpasset sitt liv til den andres behov og avstått fra egne interesser. Og så begynner den andre å klare seg, håndtere situasjoner på egen hånd der man tidligere har måttet delta og støtte. Egentlig er det nettopp det man har ønsket skulle skje. Men når det skjer, kan det være vanskelig å stole på at det virkelig skjer. Å gå videre innebærer til og med å være åpen for å motta hjelp fra den personen man har forsøkt å hjelpe i alle år. Rollene må nyanseres. Gjensidigheten i relasjonen tar nye former.

Profesjonelle

Hvordan kan profesjonelle bidra til at mennesker kommer seg? Her gjelder det å håndtere et paradoks; selv om det mangler holdbare bevis for at en spesifikk behandlingsform er statistisk overlegen en annen i å hjelpe mennesker i deres bedringsprosess, ser det ut til at de fleste innsatsene (vi forsøker her å se bort fra psykiatriens mer barbariske inngrep (Scull, 2022)) hjelper noen mennesker.

Vi har i dag tilgang til omfattende forskning om hvordan profesjonelle kan bidra til at mennesker kommer seg.

Mye av denne forskningen er gjort i Norden (Topor, 2001; Borg & Kristiansen, 2004; Ljungberg et al., 2015; Ness et al., 2016; Klevan et al., 2017; Lindvig et al., 2020). Denne forskningen er sjelden diagnosebasert og har ikke resultert i noen bestemt metode eller skjema. Tidefors og Olin (2011) skrev om betydningen av å se brukeren «som et vanlig menneske». Disse forskerne er en del av en lang rekke forskere som har kommet frem til lignende resultater (Sandhu et al., 2015; Bjornestrand et al., 2018; Grim et al., 2019). Når dette er fastslått, gjenstår spørsmålet om dette kan oppnås?

For å svare på disse spørsmålene kan vi ta utgangspunkt i en historie:

Per tenkte tilbake på sin mangeårige rehabiliteringsprosess. For en forvandling han hadde vært gjennom. Han tenkte med stor takknemlighet tilbake på et av sine første møter med saksbehandleren. Han var overbevist om at det som skjedde den gangen, var med på å starte det hele: Jeg hadde mobilisert alle krefter for å dra til sosialkontoret. Besøket var over, og jeg hadde nettopp kommet hjem da saksbehandleren ringte og ba meg komme tilbake. Hun manglet en signatur. Uten signaturen ville ikke søknaden bli behandlet, og dermed ingen utbetaling før helligdagene, forklarte hun.

Angsten hadde ikke sluppet taket, jeg var ganske utmattet. Jeg forklarte henne at jeg ikke hadde krefter til å ta enda en busstur til sosialkontoret. Litt senere ringte det på døren. Jeg skvatt til, og nølende gikk jeg til døra og gløttet ut gjennom en tynn gardinglipe. Saksbehandleren. Hvorfor kom hun hit? Forsiktig åpnet jeg døra og slapp henne inn. Da hun en time senere gikk, var jeg fylt av varm takknemlighet. Tenk at hun hadde tatt turen hit i lunsjpausen for å få signaturen min! Og det hadde hun gjort for min skyld for at jeg skulle slippe å være uten penger i høytiden. Aldri hadde noen strukket seg så langt for meg! (Michalsen & Bachke, 2020).

Dette er ingen uvanlig historie. Samtidig er denne typen historier fraværende fra mesteparten av litteraturen som finnes på ulike yrkesutdanninger innen helse- og sosialfeltet. Fraværet kan skyldes at den profesjonelle bryter

med flere kjennetegn på en formell profesjonell holdning (nøytralitet, objektivitet og likebehandling basert på diagnose). Det kan også forklare historiens usynlighet.

En ytterligere årsak kan være at det er mulig å si at ingenting egentlig skjer. Og det er dette «ingenting» som er interessant å undersøke. Men det lar seg ikke undersøke ved hjelp av randomiserte kontrollerte studier (RCT). Brukernes og de profesjonelles erfaringskunnskap kan sjelden måles, men å late som om den ikke finnes og at man dermed ikke trenger å ta hensyn til den, innebærer å overse sentrale aspekter av hjelpende tiltak.

Tre forhold forekommer i historien ovenfor og ser ut til å gjenta seg i de fleste historiene om recovery:

- Tid (egen tid)
- Rom (på den andres banehalvdel)
- Handlinger og andre små ting

Her går de ut over alle de grensene vi forestiller oss finnes for et profesjonelt arbeid, og likevel er den situasjonen viktig for den som forteller. I historien over bruker den profesjonelle sin egen lunsjpause (Tid), og reiser hjem til brukeren (Rom). Hun sørger for at han får pengene sine (Gjøren) og blir værende og prater en stund (Små ting).

Tid

Tiden innen helse- og sosialarbeid ser ut til å ha blitt et sjeldent gode som porsjoneres ut til brukerne med største forsiktighet. Flere og flere profesjoner får sin tid målt og tilmålt av administratorer, og da uten hensyn til de konkrete forholdene. Dette står i kontrast til samtidens organiserte tidsmangel; når brukere forteller om hjelpende profesjonelle, beskriver de ofte profesjonelle som hadde tid, eller som tok seg tid.

Den tiden som beskrives som hjelpende, har flere dimensjoner (Topor & Denhov, 2012). Det kan være å ha litt mer tid enn det planlagte når man møtes, eller å få mye tid sammen med en profesjonell, for eksempel når man møtes for første gang. Det kan handle om å få muligheten til å kontakte den profesjonelle utenom de planlagte samlingene.

Dette skal ikke forstås som at profesjonelle må ta av sin fritid for å bidra til brukeres recovery. Man kan ikke beordres til å være medmenneske og gjøre «det lille ekstra». Det interessante er at profesjonelle av og til tar av sin egen tid i en form for spontan gjensidig utveksling. Spørsmålet er hva vi kan lære av det når ledelsen og administrasjonen skal organisere medarbeidernes arbeid og tid? Kan økt tillit være en vei?

Rom

Å forlate arbeidsplassen åpner for en annen type samspill mellom brukeren og den profesjonelle på steder som kjøpesentre, kafeer, i biler, skoger og i det hverdagslige, men noen ganger også gledesfylte situasjoner. Å være sammen i slike ofte offentlige situasjoner åpner for et annet handlingsrom. Et annet handlingsrom som lar de involverte utvikle og vise andre sider av seg selv for hverandre. Der kan en mer sammensatt kunnskap vokse som dels endrer begges selvopfatning, men også utgjør grunnlaget for et fungerende partnerskap.

I eksemplet med sosialarbeideren som dro til brukeren i lunsjtiden sin, er hennes forflytning sentral. Hun forlater sin hjemmearena, tar seg tid til å dra over til hans hjemmebane. Der er hun sammen med ham i en time. En time som forvandler ham, og kanskje henne. Han er ikke bare takknemlig, men ser hennes reise som at hun strakte seg til ham, som ingen tidligere hadde gjort. Her plasserer han starten for sin prosess med å komme seg.

Handlinger

Innen psykisk helsefeltet betones ofte samtalens betydning. Ordene spiller ofte en sentral rolle for å sette diagnose, for å komme frem til hvilke tiltak som skal settes inn og for å følge opp tiltaket. Mange fortellinger om hjelpende profesjonelle består av folk som gjør ting sammen og for hverandre. Og ja, de snakker, men mest om hverdagslige ting. Om det de gjør eller skal gjøre eller har gjort. Det formidler et budskap til den man gjør ting sammen med eller for. Å gjøre er også et språk.

Skatvedt og Scheffels (2012) skriver om «aktiv inaktivitet». Situasjoner som oppstår mellom de situasjonene der vi gjør det vi skal gjøre; mellomrommene, som for eksempel når en behandler henvender seg til en bruker på et behandlingshjem og spør ham om de ikke skal gå ut og ta en røyk sammen.

Å gå ut «bare» for å ta en kaffe eller røyke sammen. Slike situasjoner og deres betydning for mennesker kan forstås med et begrep som «mikrobekreftelser» (Davidson & Johnson, 2013; Topor et al., 2018).

Rowe (2008), som skapte begrepet, definerer mikrobekreftelser som:

Små handlinger ofte av tilfeldig art som er vanskelige å se, som kan skje privat eller offentlig, ofte ubevisst, men som er svært effektive og som inntreffer når mennesker ønsker å hjelpe hverandre å lykkes (s. 46).

Fortellinger om hjelpende profesjonelle er fylt av disse «ingentingene», gester, blikk, en berøring, som formidler til brukeren et annet bilde av seg selv enn av hen som diagnose, som noen som skal forandres.

Bekreftelsens paradoks. Når du duger som du er, først da kan du forandre deg.

I stedet for avslutning

Vår kunnskap om det som fører til at mennesker kommer seg fra psykiske problemer, utvikles hele tiden. Men vi kan forsøke å oppsummere det vi vet i dag.

Mennesker kommer seg, med og uten hjelp av profesjonelle. Mennesker kommer seg, men de fleste trenger en sammenheng for å kunne gjøre det. Verdige livsvilkår. Et miljø der man kan utvikle sin egen forståelse av hvordan man har blitt den man er, en livsfortelling som noenlunde forbinder nåtiden med fortiden, og strekker seg mot en fremtid som inneholder utviklingsmuligheter. Et miljø der man kan hjelpe andre med å utvikle sine fortellinger i en aldri avsluttet dialog.

Som mennesker er vi avhengige. Å få støtte fra venner, familiemedlemmer, profesjonelle og velferdssystemet er en del av livet. Alle får det, ellers går vi under. Det er mangel på avhengighet og den ensidige vektleggingen av individualismen som er farlig for hvordan vi har det.

Når det gjelder profesjonelt arbeid, innebærer kunnskapen om hjelpende profesjonelle en radikal utfordring av den vanlige oppfatningen av nøytralitet, distanse og samme tiltak for alle personer med en bestemt diagnose.

I dagens situasjon utgjør en utvidet praksis og mikrobekreftelser et brudd med kodene som regulerer den formelle profesjonaliteten. En profesjonalitet som dikteres av et syn på mellommenneskelig arbeid som noe som kan rasjonaliseres i skjemaabundne forhåndsplanlagte tiltak og som kan gjennomføres av «hvem som helst» uten noen form for kontinuitet i relasjonen.

Å overse den faktisk eksisterende hjelpende praksisen som har utviklet seg på mange arbeidsplasser, og redusere den til et ingenting er både et sløseri med offentlige ressurser og en intellektuell kollaps. Kunnskap og praksis finnes. Mennesker kommer seg.

Referanser

- Andersen, A. J. W. (2018). *Psykisk helsearbeid – en gang til*. Gyldendal Akademisk.
- Andersen, A. J. W., Larsen, I. B. & Topor, A. (2016). Caring through discipline? Analyzing house rules in community mental health services in Norway. *Scandinavian Psychologist*, 3, Artikkel e1. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e1>
- Andvig, E., Lydberg, A. & Thorsen Gonzalez, M. (2013). Erfaringer med å bo i egen bolig ved langvarige psykiske helseproblemer: En scoping review. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 10, 115–128.
- Bjornestrand, J., Veseth, M., Davidson, L., Joa, I., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Melle, I. & Velden Hegelstad, W. T. (2018). Psychotherapy in psychosis: Experiences of fully recovered service users. *Frontiers in Psychology*, 9, Artikkel 1675. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01675>
- Bleuler, M. (1978). *The schizophrenic disorders – Long-term patient and family studies*. Yale University Press.
- Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: Perspective of individuals recovering from severe mental health problems* [Doktorgradsavhandling]. Norwegian University of Science and Technology, Department of Social Work and Health Science.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004). Recovery-orientated professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13, 493–505.
- Borg, M., Sells, D., Topor, A., Mezzina, R., Marin, I. & Davidson, L. (2005). What makes a house a home: The role of material resources in recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 243–256.
- Boyle, M. (2020). Power in the Power Threat Meaning Framework. *Journal of Constructivist Psychology*, 1, 27–40. <https://doi.org/10.1080/10720537.2020.1773357>
- Boyle, M. & Johnstone, L. (2018). The Power Threat Meaning Framework: An alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology*, 0, 1–18. <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruptions. *Sociology of Health and Illness*, 4, 167–182.
- Bülöw, P., Andersson, G., Denhov, A. & Topor, A. (2016). Experience of psychotropic medication – An interview study of persons with psychosis. *Issues in Mental Health Nursing*, 37, 820–828. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1224283>
- Ciampi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, 136, 413–420.
- Cohen, C. I. (1993). Poverty and the course of schizophrenia: Implications for research and policy. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 951–958.
- Cooper, R. E., Mason, J. P., Calton, T., Richardson, J. & Moncrieff, J. (2021). The case for establishing a minimal medication alternative for psychosis and schizophrenia. *Psychosis*, 13, 276–285. <https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1930119>
- Dalal, F. (2018). *CBT: The cognitive behavioural tsunami. Managerialism, politics and corruption of science*. Routledge.
- Davidson, L. & Johnson, A. (2013). It's the little things that count: Rebuilding a sense of self in schizophrenia. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 10, 258–263.

- Davidson, L., Stayner, D. A., Nickou, C., Styron, T. H., Rowe, M. & Chinman, M. L. (2001). "Simply to be let in": Inclusion as a basis for recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 375–388.
- Denhov, A. (2016). Utsatthetens motvikt – hjalpande relationer och egna hanteringssätt. I G. Andersson, P. Bülow, A. Denhov & A. Topor (Red.), *Från patient till person – Om allvarliga psykiska problem, vardag, vård och stöd* (s. 207–235). Studentlitteratur.
- Eriksen Hammer, A. (2020). Erfaringskonsulenter: Et alibi for tjenestene? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 17, 47–52. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-01-05>
- Friesinger, J. G., Topor, A., Bøe, T. D. & Larsen, I. B. (2019). Studies regarding supported housing and the built environment for people with mental health problems: A mixed-methods literature review. *Health and Place*, 57, 44–53.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Doubleday & Co.
- Grim, K., Tistad, M., Schön, U.-K. & Rosenberg, D. (2019). The legitimacy of user knowledge in decision-making processes in mental health care: An analysis of epistemic injustice. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 6, 157–173. <https://doi.org/10.1007/s40737-019-00145-9>
- Hall, C., Raitakari, S. & Juhila, K. (2021). Deinstitutionalisation and 'home turn' policies: Promoting or hampering social inclusion? *Social Inclusion*, 9, 179–189. <https://doi.org/10.17645/si.v9i3.4300>
- Harding, C., Brooks, G., Takamaru, A., Strauss, J. & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 727–735.
- Harrow, M., Jobe, T. H. & Faull, R. N. (2012). Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 42, 2145–2155. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000220>
- Johnstone, L. & Boyle, M. (2018). The Power Threat Meaning Framework: An alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology*, 0, 1–18. <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, T. & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23, 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Klevan, T., Karlsson, B. & Ruud, T. (2017). "At the extremities of life" – Service user experiences of helpful help in mental health crises. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20, 87–105.
- Larsen, I. B. & Topor, A. (2017). A place for the heart: A journey in the post-asylum landscape. Metaphors and materiality. *Health & Place*, 45, 145–151. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.03.015>
- Lindvig, G. R., Topor, A. P., Bøe, T. D. & Larsen, I. B. (2020). "I will never forget him": A qualitative exploration of staff descriptions of helpful relationships in supportive housing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28, 326–334. <https://doi.org/10.1111/jpm.12673>

- Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2015). The art of helpful relationships with professionals: A meta-ethnography of the perspective of persons with severe mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 86, 471–495. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9347-5>
- Michalsen, M. & Bachke, C. C. (2020). Kjærlighet, håp og tro. Ja, det virker i rusbehandling. *Rus & Samfunn*. <https://www.rus.no/fag/kjarlighet-hap-og-tro-ja-det-virker-i-rusbehandling>
- Møller Olsø, T., Buch Gudde, C., Opheim Moljord, I. E., Evensen, G. H., Antonsen, D. Ø. & Eriksen, L. (2016). More than just a bed: Mental health service users' experiences of self-referral admission. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, Artikkel 25. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0045-y>
- Ness, O., Borg, M., Semb, R. & Topor, A. (2016). "Negotiating partnerships" – Parents' experiences of collaboration in community mental health and substance use services. *Advances in Dual Diagnosis*, 9, 130–138. <https://doi.org/10.1108/ADD-04-2016-0010>
- Nirje, B. (1985). The basis and logic of the normalization principle. *Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 11, 65–68.
- Pedersen, P. B. & Kolstad, A. (2009). De-institutionalisation and trans-institutionalisation – Changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950–2007. *International Journal of Mental Health Systems*, 3, Artikkel 28. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-3-28>
- Pilgrim, D. (2013). The failure of diagnostic psychiatry and some prospects of scientific progress offered by critical realism. *Journal of Critical Realism*, 12, 336–358. <https://doi.org/10.1179/1476743013Z.0000000004>
- Pilgrim, D. (2015). *Understanding mental health: A critical realist exploration*. Routledge.
- Price-Robertson, R., Obradovic, A. & Morgan, B. (2017). Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15, 108–120. <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>
- Rose, D. (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health*, 23, 217–218. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.928406>
- Rowe, M. (2008). Micro-affirmations and micro-inequities. *Journal of the International Ombudsman Association*, 1, 45–48.
- Sandhu, S., Arcidiacono, E., Aguglia, E. & Priebe, S. (2015). Reciprocity in therapeutic relationships: A conceptual review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 460–470.
- Scull, A. T. (2022). *Desperate remedies: Psychiatry and the mysteries of mental illness*. Random Penguin House.
- Skatvedt, A. & Scheffels, J. (2012). Virksom uverksamhet? Pauser som arenaer for følelsesmessig berøring og biografisk bevegelse. *Sociologi i dag*, 42, 37–56.
- Sundfør, K. A. (2012). Fra bruker til erfaringskonsulent. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 9, 366–369. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2012-04-11>
- Tanzman, B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 450–455.
- Tew, J. (2013). Recovery capital: What enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work*, 16, 360–374.
- Tidefors, I. & Olin, E. (2011). A need for "good eyes": Experiences told by patients diagnosed with psychosis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6. <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i1.5243>

- Topor, A. (2001). *Managing the contradictions – Recovery from severe mental disorders* [Doktorgradsavhandling]. Stockholm University, Department of Social Work.
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Kommuneforlaget.
- Topor, A. & Denhov, A. (2012). Recovery and time – Inside the black box of working alliance. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15, 239–254. <https://doi.org/10.1080/15487768.2012.703544>
- Topor, A. & Ljungqvist, I. (2017). Money, social relationships and the sense of self: The consequences of an improved financial situation for persons suffering from serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 53, 823–831.
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I. & Davidson, L. (2006). Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 17–37.
- Topor, A., Bøe, T. D. & Larsen, I. B. (2018). Small things, micro-affirmations and helpful professionals: Everyday recovery-orientated practices according to persons with mental health problems. *Community Mental Health Journal*, 54, 1212–1220. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0245-9>
- Topor, A., Bøe, T. D. & Larsen, I. B. (2022). The lost social context of recovery – Psychiatrization of a social process. *Frontiers in Sociology*, 7, Artikkel 832201. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.832201>
- Topor, A., Fredwall, T. E., Svoren Hodoel, E. K. & Larsen, I. B. (2021). Before recovery: A blind spot in recovery research? Users' narratives about the origins and development of their mental health and/or addiction problems. *Journal of Recovery in Mental Health*, 4, 29–47.
- Topor, A., Hope, Ø., Friesinger, J., Bøe, T. D. & Ness, O. (under utgivelse). The new institutional landscape for people with mental health problems. I C. P. Boyd, L. E. Boyle, E. Högström, J. Evans, A. Paul & R. Foley (Red.), *Routledge handbook on spaces of mental health and wellbeing*. Routledge.
- Topor, A., Skogens, L. & von Greiff, N. (2018). Building trust and recovery capital – The professionals' practice. *Advances in Dual Diagnosis*, 11, 76–87. <https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0022>
- Warner, R. (1985/2004). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy* (3. utg.). Brunner Routledge.
- Waxler, N. (1979). Is outcome for schizophrenia better in nonindustrial societies? – The case of Sri Lanka. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 144–158.
- WHO (1979). *Schizophrenia: An international follow-up study*. John Wiley & Sons.