

Vendepunkter – Byggesteiner i bedringsprosessen

Ragnfrid Kogstad

ragnfrid.kogstad@hit.no



I 2001 og 2002 ble det gjennomført en større undersøkelse om erfaringer med hjelpeapparatet blant medlemmene i Mental Helse Norge (MHN). På slutten av spørreskjemaet var det et åpent spørsmål der informantene ble spurt om de ville beskrive et møte med en hjelper eller med hjelpeapparatet som hadde betydd et positivt vendepunkt. Det ble også spurt etter negative erfaringer. Nesten 500 personer skrev historier, noen skrev både om positive og negative erfaringer, slik at det til sammen kom inn 715 historier som varierte fra én linje til flere håndskrevne sider.

Blant de som deltok i undersøkelsen ble vendepunktet forstått svært vidt, som alt fra den gjenomgripende erfaringen av en ny start i livet og til praktisk hjelp, eller et overraskende, vennlig møte med en person i hjelpeapparatet. Sentralt i historiene står meningsdimensjonen, d.v.s. at dagens problemer får mening fordi de for eksempel settes i sammenheng med andre livshendelser, får en forklaring, eller blir til erfaringer som kan brukes til å forstå og hjelpe andre. Men undersøkelsen viste også at mange har lett forgjeves etter noen som kunne bekrefte denne meningsdimensjonen. Dette gir grunn til å se nærmere på hvordan behandlingsmiljøet er lagt til rette, like mye som på den enkelte klients parathed til å la seg konfrontere med vanskelige tema og bidra til endring i egen livssituasjon. Brukernes erfaringer viser at det psykiske helsevernet står overfor store utfordringer når det gjelder å legge bedre til rette for klienters vendepunktsopplevelser og respektere mangfoldet av livsveier og behov.

Innledning

I den sparsomme litteraturen om positive vendepunktsopplevelser fokuseres det særlig på det enkelte individets forutsetninger for å 'ta steget' og selv bidra aktivt til endring (Prochaska (1999), Natterson (1993)). Hanna og Puhakka (1991) beskriver vendepunkt konkret som å fokusere resolutt på det smertefulle; og peker på at noe av essensiell betydning ser ut til å hende når vonde minner avdekkes og deles, i en trygg relasjon. Personen blir i stand til å bevege seg ut av en situasjon av psykologisk eller konkret undertrykkelse, lærer å utvide sin innflytelse utover smertefullt begrensende betingelser

og klarer å møte eksistensens utfordringer på en god måte. Prochaska (op.cit.) har i sin teori om endring identifisert seks ulike stadier individet beveger seg gjennom i en endringsprosess, og peker på at det er viktig at behandlingen matcher klientens stadium, samtidig som terapeuten må gi støtte til å komme videre til neste stadium. De seks stadiene beskriver han som prekontemplasjon, kontemplasjon, forberedelse, handling, opprettholdelse og avslutning.

De virkemidlene som fører til vendepunkt er ofte de samme virkemidlene som nevnes i forbindelse med bedringsprosesser generelt. Det handler særlig om støttende personer,

oppmuntring og håp, langvarige relasjoner og elementære goder som mat, klær og trygge bosteder (Davidson & Strauss 1992, Mead & Copeland 2000, Spaniel, Wewiorski, Gagne & Anthony 2002). Det som skiller vendepunktsopplevelsen fra bedringsprosessen, er den subjektive karakteren. Et vendepunkt er noe personen opplever som glede, håp eller ny tro, og ikke den målbare bedringen, helbredelsen eller ytre funksjonen. Samtidig er vendepunktene viktige – kanskje de viktigste – byggesteiner i bedringsprosessen. Eksempel på hvordan fenomenet «bedring» kan beskrives uten denne subjektive dimensjonen, har vi for eksempel fra den amerikanske psykiateren Richard Warner som klassifiserer bedring i de tre gruppene: Fravær av innleggelse, fungere sosialt og være helt frisk (ikke bruke nevroleptika regelmessig) (Borg & Topor 2003).

Det er et paradoks at vendepunktene, som kan ses som byggesteinene i bedringsprosessen, ikke kan kategoriseres slik at en kan utvikle standardiserte rutiner for dem. Hernes (2000) har pekt på hvordan profesjonelle nødvendigvis trekkes til standardiserte måle- og behandlingsmetoder. Dersom en bare i liten grad kan sikre behandlingsresultater ut fra kjente metoder, blir selve grunnlaget for spesialiserte profesjoner utfordret. Så hvor står vi? Et sentralt spørsmål blir om vi har et hjelpeapparat med rom for den subjektive opplevelsen, de langsomme prosessene og tiltak som blir rettfærdiggjort ut fra etikk og menneskelighet, mer enn at de gir raske resultater og ytre tilpassning.

Deltakerne i undersøkelsen

MHN er en brukerorganisasjon som ser ut

til å samle personer med alle grader av psykiske lidelser. Samtidig er den landets største. Dette tilsier at det ikke er noen atypisk brukergruppe som har bidratt til materialet i undersøkelsen. Blant det totale antallet som svarte (970 personer, det vil si cirka en femtedel av medlemmene) hadde halvparten vært innlagt i tradisjonelle, psykiatriske sykehus. Mer enn en tredjedel hadde vært behandlet i poliklinikker og en fjerdedel brukte dagsentra regelmessig. Litt over halvparten var trygdet. Kvinnene utgjorde to tredjedeler og mennene en tredjedel. Alderen varierte fra 18 til 90 år. Det var flere som skrev positive enn negative historier, men i spørreskjemaet var det et flertall som krysset av for at de hadde hatt sterke, negative opplevelser i møte med hjelpeapparatet. Grunnen til at det likevel kom flere positive enn negative historier, kan være det som flere pekte på; at de ikke orket å rippe opp i de negative erfaringene. Det kvalitative materialet ble kategorisert på mange forskjellige måter. I denne sammenhengen er det relevant å nevne at av de drøyt 300 positive historiene som hadde nok informasjon til at de kunne belyse temaet vendepunkt, handler 230 om etableringen av en trygg relasjon. Her finner vi også beskrivelser av hvordan ny innsikt oppsto og hvordan det ble mulig å åpne opp for stengte minner. Ellers forteller knapt 60 personer om hvordan hjelp med noe praktisk betydde et vendepunkt. Bare 18 nevner nye medisiner eller reduserte doser i forbindelse med vendepunktsopplevelsen. Vi skal nå se litt nærmere på mangfoldet i erfaringene, se spesielt på historiene der medisiner blir nevnt, vise eksempler fra den største gruppen – der vendepunktet handler om å finne mening, og til slutt illustrere hva det vil si å komme med en livshistorie som ingen møter.

Mangfoldet i vendepunkts- opplevelsene slik noen pasienter beskrev dem

Kvinne 41 år: «Da jeg var klar til å gå ut i arbeidslivet igjen, stilte legen min opp 100 prosent. Hun fikk i stand et møte mellom arbeidskontor, ligningskontor og seg selv på sin fridag (...). Det hele endte med at jeg fikk kurs og oppdatering slik at jeg kunne gå tilbake til yrket mitt (...) Er i 100 prosent stilling nå.»

Kvinne 43 år: «Jeg ringte (til angstringen). Samtalen gjorde at jeg våget dra dit. I møtet med lederen for angstringen opplevde jeg for første gang at jeg ikke sto alene med bunnløs skam, at andre hadde det som meg. Det er litt over ett år siden og i dag er livet i ferd med å åpne seg for meg.»

Kvinne 30 år: «Hadde tatt en overdose med medisin og ble innlagt på overvåkingen på et lokalt sykehus. Der fikk jeg meget god kontakt med en sykepleier. Hun satte seg ned ved sengen min og snakket med meg. Ga meg god krem etter at jeg hadde kuttet opp armene mine med speil (Fikk hele tuben!) og en god klem da jeg skulle videre til akutt psykiatrisk avdeling. Kommer aldri til å glemme henne!»

Kvinne 74 år: «Jeg er så heldig å ha en dame i kulturetaten. Hun tar oss med på turer til andre psykiske grupper for en feststund. Meget flink og seriøs. Tar utflukter en gang per måned.»

Kvinne 51 år: «Riktig medisinerer etter fire-fem år med vanskeligheter med bivirkninger (psykiske, fysiske). Var hos flere leger/psykiatere. Til slutt var det en (...) som fant en annen medisin som virket bra, og jeg

fungerte godt i arbeidslivet og fritidsaktiviteter, selv om jeg ikke var «helt frisk».»

Sitatene illustrerer vendepunkter som det å bli hjulpet tilbake til arbeidslivet, finne et nettverk med personer som har lignende erfaringer, oppleve et varmt møte, få noen nye medisiner, og få tilrettelagte sosiale aktiviteter. Definisjoner med hovedvekt på den personlige paratheten for endringer, kan som nevnt ta fokus bort fra det behandlende miljø, men de har også en tendens til å overse de store individuelle variasjonene; hvor ulike livsveiene er, og hvilken rolle sosiale og materielle faktorer spiller. En person kan for eksempel lide mer under mangel på god bolig, nettverk og økonomisk trygghet enn selverkjennelse, eller vi har å gjøre med personer som har slitt et langt liv i behandlingsapparatet og bare ønsker å få det litt bedre og mestre hverdagen.

Medisiner og vendepunkt

Selv om kvantitet ikke er poenget i denne presentasjonen var det tankevekkende å finne kun 18 historier, blant i alt 300 fortellinger om positive vendepunkt, der medisiner ble nevnt. I 12 av disse historiene fortelles det om medisiner i tilknytning til samtale- og støtteterapi, og pasientene ser ikke ut til å reflektere over om medisinerne eller samtalene er den viktigste årsaken til at de opplever situasjonen sin relativt bra, som her:

Mann 49 år: «Erfaren og dyktig psykiater har hjulpet i 13 år, en time per måned. Fikk en identitet og et jeg. Dessuten de rette medisinene. Litium og antidepressiva. Trilafon ved psykose. Jeg klarer meg i dag uten psykiater, men bruker dagsenteret. Dette blir forhåpentligvis bedre fra høsten av. Noe

vendepunkt i livet har jeg ikke opplevd. Men takler min situasjon bedre.»

Kvinne 43 år: «...*samtalen med denne psykologen og det at eg etter nokre år byrja med «lykkepillen» har gitt meg eit mykje betre liv.»*

I det siste sitatet får vi den mest positive beskrivelsen av et behandlingsresultat der medisiner har vært involvert; «eit mykje betre liv». Typisk for de 18 historiene er at resultatet eller dagens situasjon beskrives som å fungere ok eller mestre dagliglivet bedre. Ingen forteller om helbredelse eller fundamentale gjennombrudd. Noen gir også uttrykk for at medisinerene er en slags skjebne, som i denne historien:

Kvinne 78 år: «*Jeg bruker medisiner og må bruke dem resten av livet, fikk dem for 11 år siden og de fungerer ok. Det er 11 år siden jeg var innlagt og jeg har klart meg ute siden. Jeg bor alene og er bestemor.»*

Det som skiller historier om vendepunkt der medisiner er involvert fra andre historier i dette materialet, er altså at de forteller om mer eller mindre bedret funksjon, men ikke om et nytt liv, glede eller frigjøring. Én historie illustrerer denne forskjellen særlig tydelig:

Kvinne 62 år: «*Min sykehistorie i korte trekk. Jeg har vært innlagt tre ganger med kortvarig reaktiv psykose. (...) Har brukt medisiner så å si jevnlig fra 1959 til i dag. Har vært i skole og arbeid hele mitt voksne liv bortsett fra sykehusoppholdene. Har helt fra ungdomsårene hatt sosiale problemer. Har opplevd det meget godt å bli tatt hånd om de gangene jeg har vært på sykehus, har også opplevd det godt å gå til samtalerterapi*

ellers, men har ikke fått grundig nok gjennomgang av barndom og ungdom. Har vært så heldig å ha fått en slik gjennomgang av psykiatrisk kyndig venn nå i de siste par årene, og opplevd en utrolig livskvalitet etter hvert...»

«En utrolig livskvalitet» blir her satt i sammenheng med en grundig gjennomgang av barndom og ungdom. Medisiner er en måte å regulere følelser på, men følelser kan også endre seg ved at det blir mulig å dele erfaringer og vanskelige minner, og de kan endres ved at en får praktisk veiledning i å takle dem.

Kvinne 26: «*Da jeg begynte å få besøk av psykiatrisk sykepleier (...). Hun har hjulpet meg masse. Vi har hatt våre uoverensstemmelser, men hun er den mest positive av de personene i hjelpeapparatet som jeg har vært borti. I begynnelsen ble det mye sinne og utagering fra min side. Men hun hjalp meg med mitt sinne, vi tok opp spesielle situasjoner og pratet om dem. Og da begynte jeg å jobbe med meg selv, og etter noen år begynte det å lysne. Jeg har forandret meg enormt med hennes hjelp, blitt mye roligere og jeg tror – et bedre menneske!»*

Historiene som handler om medisiner framstiller ikke vendepunktet som en opplevelse der noe ble fundamentalt endret, men nesten entydig som å oppnå litt bedre funksjon. Når erfaringene med medisiner likevel inkluderes er det fordi noen pasienter selv tar dem med som del av vendepunktsopplevelsen. Medisinerene kan representere kontroll med følelser, håp eller placebo, men personen opplever at de har hatt en betydning.

Helbredelse gjennom å finne mening – en kognitiv og emosjonell prosess

Det er ofte vanskelig å finne mening, samsvar og sammenheng i selve livet, men vi kan skape historier om livet som gir et indre samsvar. Historiens helende potensial ligger i dens mulighet til å skape forsoning og reetablere en kulturell orden (Garro & Mattingly 2000). Den kanadiske professoren i tverrkulturell psykiatri, Kirmayer (1993) sier at vi ikke kan leve uten historier som skaper mening og sammenheng. Også i undersøkelsen som denne artikkelen bygger på kan det se ut som om vendepunktene særlig oppstår når meningsdimensjonen igjen kobles til sykdomsopplevelsen, når en kan fortelle sin historie, få den bekreftet og se sammenhenger mellom tidligere opplevelser og det en sliter med. Her er noen eksempler:

Mann 48 år: «*Det gule huset i Oslo var et tilbud til mennesker som var eller hadde vært utsatt for psykopater (...). Der opplevde jeg å bli trodd angående barndomsopplevelser på Oslos beste vestkant, en barndom med fysisk og psykisk mishandling, seksuell trakassering og skjult alkoholmisbruk. (...) Mor var psykopat og far en tøffelheit som ikke turte protestere. På det gule huset var det ingen fordømmelse eller noen som mente det var noe galt med meg fordi jeg hatet mor. Da jeg fikk lov å hate forsvant lysten til hevn, og livet ble bedre. (...)*»

Kvinne 45 år: «*Første gang som pasient ved regionsykehuset. Å få lov å bruke den tiden jeg følte var nødvendig for å sortere følelser og erfaringer som kom fram. At noen alltid var der – ønsket å oppmuntre – og med tid til å lytte.*»

Kvinne 55 år: «*Da jeg var 50 kom jeg i kontakt med en psykolog som hjalp meg å åpne opp (jeg hadde prøvd mange, helt siden jeg var i 20-årene). Det var en vanvittig sterk opplevelse.*»

Kvinne 54 år: «*Som innlagt var jeg med på bevegelsesterapi. Gjennom dette fikk jeg kontakt med opplevelser fra barndommen som hodet hadde glemt, men kroppen husket. Det var en svært smertefull opplevelse og det tok meg mange måneder å lege sårene. Samtidig betydde denne opplevelsen et gjennombrudd i mitt strev for å bli frisk og jeg fant svar på mange spørsmål jeg hadde stilt meg gjennom årene. (...)*»

De som skriver forteller om lettelsen som oppstår når følelser som er knyttet til tidligere opplevelser blir delt, akseptert og forstått, og sammenhengen mellom tidligere erfaringer og symptomer blir bekreftet. Dette handler om mer enn å «lette på trykket» og slippe ut det som forgifter. En slik forståelse representerer i følge Mahoney (1995) en «toksisk» beskrivelse av emosjonalitet – en bruker metaforer som spiller på det å romme noe som forgifter stadig mer og som må ende i ukontrollert utløsning. Mahoneys alternativ er å se affektive forstyrrelser som et komplekst, levende systems forsøk på kontinuerlig å organisere og reorganisere seg selv i møte med fortidige, nåværende og antatte fremtidige utfordringer. I denne prosessen eksperimenterer vi alltid med selvorganisering, med å sette episoder av emosjonell intensitet og desorganisering inn i nye rammer. De fire historiene ovenfor er gode eksempler på slike organiseringsprosesser og på hvordan bearbeidningen av traumatiske erfaringer skjer både emosjonelt og kognitivt, og slik fører til en dypere opplevelse av mening. Videre illus-

trerer historiene hvordan ønsket om «resolutt persepsjon» eller modig konfrontasjon med det smertefulle (Hanna & Puhakka op.cit.), kan ha vært der lenge, men at det tok tid å finne personene eller omgivelsene som kunne støtte denne prosessen. Det er ingen selvfølge i dagens system å kunne fortelle sin historie og oppleve at den blir tatt imot, trodd og akseptert.

Kampen for å få fortelle sin historie

Klientspråket kan lett tape i møte med profesjonsspråket, eller som en informant i Borg og Topors undersøkelse av virksomme relasjoner, uttrykte det: «*Det forferdelige i den vanlige psykiatrien er jo at uansett hva man sier, så blir det patologisert*» (Borg og Topor 2003:114). Innen flere psykoterapeutiske retninger legges det økende vekt på pasientens selv-helbredende evne, på at klienten selv har en teori om hva som kan skape endring og på at det viktigste behandlingssystemet kan bidra med er å legge til rette for pasientens selv-helbredelse (Miller et.al 1997, Tallman and Bohart 1999). At en slik forståelse kan være langt fra dagens virkelighet illustreres i disse små fortellingene:

Kvinne 39 år: «*Som innlagt i psykiatrisk sykehus ønsket jeg samtalerterapi for å få hull på den smertefulle verkebyllen, i trygge omgivelser. Dette ønsket ble ikke møtt, til min store skuffelse. De valgte i stedet å fokusere på symptomer.*»

Kvinne 49 år: «*Senere ble jeg sendt til en strengere avdeling, det var straffen fordi jeg ikke ville sløves ned av piller, men trengte noen å snakke med (var 17 år). Fikk angst-anfall, ble lagt i remmer og tvangsmedisinert. Hadde enerom med gitter. Dette var*

det verste de kunne gjøre mot meg. Jeg var redd, men ikke utagerende.»

Kvinne 41 år: «*(...) jeg følte at det ble lagt for mye press på meg til bruk av tabletter. Det var liksom ikke tid til å vente på at jeg skulle være klar til å ta opp mine problemer. Jeg hadde mye sorg i meg for en tapt barndom. Jeg hadde opplevelser som en tung stein i magen. Hjertet mitt gråt hele tiden. Det er vel så mange som trenger hjelp så tabletter er letteste løsning.*»

Mann 39 år: «*Jeg er lei for å si at jeg ikke har noe slikt spesielt møte å fortelle om. Ble syk kort etter militærtjenesten – etter hardt arbeidspress, også på fritiden, og et samlivsbrudd. Den mentale helsen har forandret seg gradvis – og medisinene er endret (...). Min diagnose er schizofreni (psykoser, vrangforestillinger).*»

Mann 36 år: «*Å bli tvangsinnlagt og lagt i reimer er (var) svært negativt. Tvangsinnleggelse er en streng frihetsberøvelse. Det som skjer er at du blir stengt inne og ikke har lov til å gå noe sted. Dette er så bak mål at jeg finner ikke ord. Det er som å bli slått i ansiktet etter at du har blitt skadet. Akkurat disse pasientene trenger frihet. Som behandling er det uholdbart. Jeg kan ikke forstå at slik aktivitet blir støttet økonomisk.*»

Historiene forteller både om stor avstand og om konflikt, mellom klientenes og terapeutenes forståelse. Brukernes definisjoner av behov og forslag til løsning er ikke gjenstand for forhandling. Borg og Topor (op.cit.) peker nettopp på denne forhandlingen som grunnlag for kunnskapsutvikling. Brukermedvirkning må bl.a. innebære at brukernes mening om egen helse og hel-

bredelse tas på alvor og at kompetansen på feltet blir utviklet i dialog med brukerne.

Vendepunktsopplevelser og dagens psykiske helsevern

Det er stor avstand mellom historiene om de positive vendepunktene og de negative historiene i det materialet som er presentert her. Så stor at en knapt kan tro de er hentet fra det samme helsesystemet. Historiene speiler noen av motsetningene og drakampene som foregår i den norske helsetjenesten. På den ene siden har vi krefter som ønsker å legge det psykiske helsevernet enda tettere opp til det medisinske fagfeltet, bl.a. med mer vekt på utredninger, diagnostisering og standardiserte behandlingsprosedyrer. På den andre siden har brukerperspektivet kommet stadig mer i fokus, i det minste i offentlige utredninger og på det retoriske plan. Om dette brukerperspektivet skal innebære en tjeneste der brukernes synspunkter tas på alvor og legger premisser for tjenestene, eller om det bare handler om mer tid, informasjon og at synspunktene blir hørt, er uklart. En lang psykoterapitradisjon peker i retning av at det ikke er bestemte behandlingsmetoder, men terapeutens evne til å sette klienten og klientens egne løsninger i sentrum som veier tyngst (Hubble, Duncan & Miller 1997). En klassisk studie har vi fra 1975 da Sloane og kollegaer sammenlignet psykoanalyse med adferdsterapi og fant at de viktigste faktorene for klienter, uavhengig av skoleretning, var legens eller terapeutens personlighet. Terapeutens evne til å hjelpe pasienten med å forstå sine problemer og oppmuntre dem til gradvis trening i å møte det som plaget, gi dem muligheten til å snakke med en forståelsesfull person, samt å få hjelp til å forstå seg selv var avgjørende (Sloane et.al

1975). Å forstå seg selv kan ses som en vei til selvhelbredelse. Jenkins (i Tallmann & Bohart) definerer terapi som guiding til denne selvhelbredelsen. Terapeutens oppgave er å skaffe et empatisk, støttende arbeidsrom der klienten kan engasjere seg i fri og skapende tenking – en tenking som er blitt blokkert bl.a. av de lukkede tankesirklene en lett fanges i under stress. I følge Mahoney (1995) er hjelperens emosjonelle tilstedeværelse den mest kraftfulle faktor og det mest verdifulle bidrag terapeuten kan tilføre denne terapeutiske prosessen, men samtidig svært krevende og vanskelig å opprettholde. En sentral profesjonell utfordring blir å ivareta seg selv på en slik måte at en kan vedlikeholde det emosjonelle nærværet i terapi-prosessene.

I kontrast til Mahoneys analyse og oppfordring, står retninger som løser problemet med den følelsesmessige belastningen ved hjelp av avgrensning, ikke-innvolvering og vekt på adferdsendring, framfor mer dyptgående prosesser. Pasienter innenfor psykisk helsevern møter begge disse tenkemåtene. I undersøkelsen som ligger til grunn her, har for eksempel de samme pasientene opplevd både å bli tvangsmedisinert og å bli fratatt medisiner de tidligere var pålagt å ta mot sin vilje, og i helt andre sammenhenger opplevd respekt og støtte.

Eksempelene reiser spørsmålet om hva som skal være den sentrale kompetansen i psykisk helsearbeid. Spørsmålet blir ikke enklere av at forsøk har vist at kloke college-professorer innenfor andre fagfelt kunne være like gode hjelpere som erfarne terapeuter (Strupp & Hadley 1979), at selvhjelps bøker kan være like effektive for et stort spekter av problemer som behandling hos en terapeut (Gould & Clum 1993) og at

computerbasert terapi er like effektivt som tradisjonell terapi for bl.a. depresjon (Selmi et.al.1990). Hvordan familiemedlemmer kan gi den hjelpen vi vanligvis regner med at vi må ha eksperter til, er det også flere eksempler på i materialet, som for eksempel i denne historien:

Mann 44: «*Et familiemedlem hjalp meg mye da jeg var svært syk. Vedkommende hadde tid til å lytte og jeg fikk utløp for mange innestengte følelser. Det hjalp meg videre i prosessen, og lettet noe av trykket som var forårsaket av vonde minner og tunge tanker. I det hele tatt å erkjenne problemer vil ofte føre til at en selv bidrar mer aktivt for å rette*

opp skjevhetene som følge av problemene. Selv om vedkommende ikke kunne snu opp/ned på tilværelsen, fikk jeg likevel tatt det første skrittet i riktig retning...»

Vi har ikke et entydig kompetansebegrep innen psykisk helsevern, men avgjort et felt med stort kompetansebehov. Brukernes egne fortellinger gir hint om hva som er viktig. Dette kan tolkes på ulike måter, men mye peker i retning av at omkostningene på sikt blir minst om vi blir mindre opptatt av kortsiktig effektivitet og heller utvikler fleksible systemer med rom for lite målbare erfaringer som tillit, glede og håp.

Litteratur

- Borg, M. & Topor, A. 2003: *Virksomme relasjoner, Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget
- Davidson, L. & Strauss, J.S. 1992: Sense of self in recovery from severe mental illness. *British journal of medical psychology*, 65, 131-145
- Gould, R.A. & Clum, G.A. 1993: A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical psychology review*, 13, 168-186
- Hanna, F.J. & Puhakka, K. 1991: When psychotherapy works. Pinpointing an element of change. *Psychotherapy*, Vol 28, no 4, 598-607
- Hernes, H. 2000: Profesjoner og relasjoner. I: Støkken, A.M. & Nylehn, B. (red): *De profesjonelle*, Oslo: Universitetsforlaget
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller S.D. (ed.) 1999: *The heart and soul of change. What works in therapy?* Washington DC: APA Books
- Kirmayer, L.J. 1993: Healing and the invention of metaphor. The effectiveness of symbols revisited. *Culture, medicine and psychiatry*, 17: 161-195, Kluwer Academic publisher
- Mahoney, M.J.: The psychological demands of being a constructive therapist. In: Neimeyer, N.E. & Mahoney, M.J. (ed.) 1995: *Constructivism in psychotherapy*. American psychological association, Washington DC.
- Mattingly, C & Garro, L.C. 2000: *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. University of California press
- Mead, S & Copeland, M.E. 2000: What recovery means to us. *Consumers' perspective. Community mental health journal*, 86, 315-328
- Miller, S.D., Duncan, B.L. & Hubble, M.A. 1997: *Escape from Babel, Toward a unifying language of psychotherapy practice*. W.W. Northon & Company, NY and London
- Natterson, I. 1993: Turning points and intersubjectivity. *Clinical social work journal*, Vol 21, No 1
- Prochaska, J.O. 1999: How do people change, and how can we change to help many more people: In: Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (ed.) 1999: *The heart and soul of change. What works in therapy?* Washington DC: APA Books
- Selmi, P.M., Klein H.H., Greist, J.H., Sorell S.P. & Erdmann, H.P. 1990: Computer-administered cognitive-behavioral therapy for depression. *American journal of Psychiatry*, 147, 51-56
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. & Whipple, K. 1975: *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA Harvard University press
- Spaniol, L. Wewiorski, N. Gagne, C. & Anthony, W.A. 2002: The process of recovery from schizophrenia. *International review of psychiatry*, 14, 327-336. Carfax publ. Rankine, RD, England
- Strupp, H.H. & Hadley, S.W. 1979: Psecific versus non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of general psychiatry*, 36, 1125 – 1136
- Tallman, K. & Bohart, A.C. 1999: The client as a common factor: Clients as self-healers, In: Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (ed.) *The heart an soul of change. What works in therapy?* Washington DC: APA books

Summary

Ragnfrid Kogstad

Turning Points – building blocks in recovery

This study is about clients' experienced turning-points in the process of recovery. Turning-points are seen as building blocks in a process of change or improvement, but not something that by itself necessarily creates visible changes. The study is based on some hundred narratives from members of a Norwegian user organisation (MHN). The informants describe turning-points as something quite variegated: From disclosure, bursting boils and a new start in life, and to brief, warm encounters with professionals in services. Of crucial importance in the turning-point experiences is a dimension of meaning: to see and understand the connections between earlier traumas and other experiences, and today's problems. On the other hand the material also illustrates the amount of individuals who in vain look for the opportunity to share their stories and have it confirmed. Users' experiences point to a need of focusing on environmental issues as well as on clients' readiness for change, respecting the diversity in life paths, and strengthening the professionals' competence in acknowledging the clients' stories. Not the least, there is a need of developing a more profound understanding of clients' interests and needs.