

**FAG**

Psykiatrisk sjukepleie

Nina Iren Måseidvåg, spesialsjukepleiar i psykisk helsearbeid ved Volda Distrikts-psykiatriske senter

Jan Inge Sørbø, professor ved institutt for sosialfag, Høgskulen i Volda

Tap av språk ved psykose

Psykiske liingar manifesterer seg ofte språkleg, gjerne i tap eller forstyrning av språkevne.

Forholdet mellom språk og psykiske liingar er eit stort problemfelt. Tilstandar som grensar mot psykose kan vera kjenne-teikna ved kaotisk språkbruk, kombinert med eit samanbrot i verklighetsoppfatninga. Som Michel Foucault peikar på, kan språkvanskar og variantar av afasi også vera kombinert med vanskar med å orientera seg i verda. (1). Lingvisten og filosofen Julia Kristeva observerer at depressive eller melankolske tilstandar gjerne manifesterer seg ved «den deprimertes diskurs: repetitiv og monoton» (2). Vi skal ikkje gå vidare inn i dette spennande, men vide feltet, men berre konstatere at psykiske liingar ofte manifesterer seg språkleg, gjerne i tap eller forstyrning av språkevne. Skjønnlitterære forfattarar som har skrivne om menneske i psykiske grensetilstandar, observerer også dette. Ting og ord glir frå kvarandre, og det kan også gå nokre lange sekund før dei finn saman, skriv Göran Tunström i skildringa av melankolikaren Aron Nordenstam (3). Det å mangla ord for ein indre tilstand, kan i seg sjølv framstå som ei liing, og det å finna det rette ordet som ei mental forløy-sing. Strevet med å «gje det namnlause namn», som lyrikaren Olav Aukrust omtaler, har også ei slik side. Å ha sterke indre opplevingar, om dei

no blir fortolka som innsikt, visjonar, sjukdom eller forstyrning, og ikkje få gje dei uttrykk, er ein sjølvstendig risiko og ei påkjenning. Prosjektet var lagt fram for og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Utval og metode

Vi som skriv denne artikkelen, har observert dette på to ulike arenaer. Nina Måseidvåg er spesialsjukepleiar i tverrfagleg psykisk helsearbeid med lang klinisk røynsle. Jan Inge Sørbø er litteraturforskar med kjennskap til litterære rapportar om grensetilstandar. I 2010–2011 gjennomførte Måseidvåg ein kvalitativ studie av kommunikasjonsvanskar hos tidlegare pasientar som hadde opplevd psykosetilstandar. Informantane var no friske og velfungerande, og fortalde om sine røynsler med helsevesenet i tidlegare sjukdomsperiodar. Dei hadde alle opplevd tilstandar med psykose, og dei hadde opplevd ulike former for splitting mellom det dei tenkte eller opplevde og det dei var i stand til å seia. Gjennom kvalitative intervju med seks informantar kom det fram nokre kjerneerfarin-gar på dette feltet, som vi trur kan ha interesse både for forståinga av denne gruppa, og for det som er viktig i møtet med dei.

Intervju

Denne gruppa bestod av seks vaksne kvinner og menn som tidlegare hadde psykisk liing med psykoseerfaring. Vidare premisser var at liinga schizofreni som er meir langvarig, ikkje høyrer til utvalet. Utvalet kom frå fire ulike kommunar. Få respondentar opna for ein kvalitativ analyse-prosess der materialet var oversiktleg og hadde djupne (4). Utvalet av personar vart intervju-a av Måseidvåg slik at observasjonen av den non-verbale og verbale kommunikasjonen vart observert samtidig. Intervjuaren la vekt på å lytte og vere open for det som vart fortalt utan å ha svara. Det vart også tenkt på å ha nøytral og lik påverknad til respondentane. Medvete val av sit-teplass og kroppsspråk under intervjuet hindra avstand, og det vart lagt vekt på å «tone seg

inn» dei første minutta for å fremja tryggleik og tillit i intervjuet. I starten fekk responden-tane snakke fritt nokre minutt og vart informert om formålet med studien og om lydbandet som seinare vart sett på (5). Dette var til hjelp både for intervjuaren og respondentane. Transkrip-sjonen vart utført av intervjuaren sjølv. Etske omsyn vart teke omsyn til ved at respondenten var informert om at alle opplysningar knytt til han vart behandla konfidensielt og anonymt og at han kunne trekke materialet tilbake og det ville bli sletta. Han veit også at det vart skrivne ut i tekst og analysert.

Forløp, rom og relasjonar

Temaet omkring språkløyse og psykisk liing var gjennom intervjuguiden strukturert gjennom tre dimensjonar: Gjennom forløpet av sjukdomsperioden, gjennom dei romlege forholda omkring erfaringane av språkløyse, og i rela-sjonane til dei ulike hjelpepersonane. Alt dette verka inn på opplevinga informantane fortalde om. Sist i artikkelen drøfter vi dette opp mot skjønnlitterære døme.

Første samtale

Slik er det for det første ein slåande skilnad på opplevinga i eit forløpsperspektiv. Intervjua et-terspurde korleis kommunikasjonen fungerte i den første samtalen, midtvegs i behandlinga og i den siste viktige samtalen med fagperso-nane. Dei sterkaste og vondaste minna kjem frå den første samtalen, ofte er det tale om tvangsinnlegging. Informantane fortel om angst, kroppslig uro, og manglande tryggleik i denne situasjonen. Det fører i nokon grad til at dei held tilbake det dei tenkjer. «Det var mykje dei ikkje var interessert i å høyre på», fortel ein av dei, «Så det sa eg aldri noko frå om». Dette har også med maktforholdet å gjera. I ein slik situasjon veit den innlagde at legen kan avgjera om han må vera tvangsinnlagt, og at det han seier kan verka inn. Difor teier han, også fordi han ikkje er heilt sikker på kva slags tankar han har. Dette er ein karakteristisk situasjon i

Hovedbudskap

Psykotiske tilstandar kan i mange tilfelle medføra ned-sett språkfunksjon. Artikkelen viser korleis språkevna blir påverka av blant anna opplevinga av makthierarki og den personlege relasjonen mellom helsearbeidar og pasient.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisningar på våre nettsider.

- › Psykose
- › Psykisk lidelse
- › Kommunikasjon
- › Litteratur



Foto: TT/Nettsbyrå/NTBScanpix



Foto: NTBScanpix



Foto: Jonas Ekströmer

TRE OM SPRÅKTAP: Olav Aukrust (t.v.) skriv om strevet med å «gje det namnløyse namn». Michel Foucault (i midten) peikar på at språkvanskar kan vere kombinert med vansker med å orientere seg i verda. Göran Tunström skriv om språktap i si skildring av melankolikeren Arin Nordenstam (t.h.).

sjukdommens initialfase, også kjent frå faglitertaturen. Språkvanskane manifesterer seg ikkje som total tagnad eller afasi, men som eit intenst misforhold mellom det språket som er inne i medvitet og det som blir forstått av omgjevnadane. Språkleg er han ofte i fortid og i framtid og freistar å gi meining til det han opplever. Legen prøver å innhente opplysningar i her og no-perspektiv, men pasientane sine opplevingar er ikkje her og no. Fortellinga er prega av eit språkleg tomrom som kjem av noko ein ikkje forstår. Det er vanskeleg å finna meningsfulle felles skildringar for å beskrive opplevingane (6). Informantane kjenner seg att i uttrykket «det er et bånd der taler». Dette kan igjen føre til attendetrekking og språkløse. Andre snakkar i veg, i noko dei etterpå karakteriserer som eit kaos. Dei greier ikkje å konsentrere seg, og assosierer nærast ukontrollert. Samtidig kjenner dei seg skuffa over å ikkje verta forstått og at legen ikkje svarer på det dei seier, og etter ei tid kan dei trekkja seg tilbake.

Seinare samtalar

Under samtalan midt i opphaldet, og dei siste samtalan, er preget eit anna. Det er etablert betre kontakt og kommunikasjon, det er fleire kjende personar rundt den innlagde. I dei beste tilfella opplever dei ein reell og meir jamgod kommunikasjon, der dei blir høyrde, og der dei

greier å ta til seg det som blir sagt. Det sjokkarta og angstfylte som pregar innlegginga, særleg om det er tale om tvang, er borte. Men framleis spelar relasjonen, den personlege kjemien i høve til behandlaren, ei viktig rolle. Og audmjukande opplevingar, der dei enten ikkje blir høyrde, eller der synspunkta deira ikkje blir tekne med i vurderingane, kan gjera like vondt seint i opphaldet som tidleg.

Det at forløpet er så viktig, og at det syner seg signifikante skilnader mellom historiene frå første og siste samtale, er tankevekkande, og det er både godt og gale, for å seia det folkeleg. Det gode er at opphalda har gjeve resultat, informantane gjer framgang gjennom opphaldet, og kan skrivast ut etter ei tid. Då ser dei mykje lysare på situasjonen enn når dei kom inn. Det problematiske er at ikkje alle på behandlarsida ser ut til å forstå den dramatikken dei gjennomlever i den sterkt sårbare innleggingsfasen. Det er naturlegvis ein krevjande fase også for personalet: alt skal gjerast rett formelt, papir skal fyllast ut og prosedyrar fylgjast. Det er også krevjande fordi pasientane naturlegvis både er forvirra, redde og delvis desorienterte. Det krev innsikt og finkjensle frå dei som tek imot dei. Men informantane etterlyser dette. Legane forstår ikkje budskapet fordi dei er oppteken av eit medisinsk perspektiv som er her og no relatert, og avskriv det som forvirring, dels rettar dei

på det. Det å ikkje bli forstått skaper meir fortviling og meir angst. Dei presenterer seg heller ikkje på nokon personleg måte, hevdar nokre av informantane, difor blir dei primært opplevd som rollefigurar, ikkje som personar. Tom Andersen (7) viser at det er viktig at menneske ved hjelp av samtalepartane finn ord og nytt språk som kan gi meining i det meningsløse dei opplever i psykotisk krise.

«Det å ikkje bli forstått skaper meir fortviling og meir angst.»

Likevel er det slik at måten ein blir teken imot på i den første samtalen kan ha viktige verknader for det vidare forløpet i behandlinga. Så trass i at det første møtet er svært viktig, og kan ha konsekvensar for korleis tilfriskninga vidare vil gå, verkar det ut frå desse informantane som at den kommunikative bereidskapen ikkje er god nok. Dels er dei innlagde for redde, dels kjenner dei seg audmjuka, dels kjenner dei seg avviste. Det får fylgjer for deira vilje til vidare kommunikasjon. Kva kunne ein seie til sitt forsvaret utan å misse all kontroll over seg sjølve og gå i oppløysing? Dei følte dei bevarte stoltheita si ved å halde tilbake noko.



Rom og makt

Den andre dimensjonen som trer fram i intervju-materialet, er tydinga av det romlege: kvar møtet med behandlaren skjer. Rom og materialitet er ikkje nøytrale storleikar, dei signaliserer maktforhold. Naturleg nok er dei mest negative opplevingane knytt til tvangsinnlegging på akuttavdelingar. Fleire av dei som vart lagt inn på open avdeling, opplevde innkomstsamtalen som vanskeleg. Dette er ikkje utan samanheng med at romma signaliserer særleg sterkt ved det første møtet. Ved tvang veit pasienten at no møter han den personen som kan avgjera om og kor lenge han skal vera på institusjonen. Det skaper både angst, kjensle av kaos og tilbaketrekning. Og det knyter seg til opplevinga av rommet. Ein av informantane reagerer ved å

forsterka fordi det skjedde ved innlegginga, på det rommet der pasienten kjenner seg mest avmechtig, og i den mest følsame fasen. Dette kunne vore teke opp seinare, og gjerne «nede på avdelinga. Når ein kjem seg ut av dei mest formelle romma, kan ein derimot snakka med til dømes «miljøterapeuten på tomannshand» fortelja korleis ein har det, og oppleva at ein blir teken imot. «Det er veldig godt, da», som informanten uttrykker det.

Rom og roller

Den romlege plasseringa heng saman med kven dei ulike aktørane er. Det er mange direkte kommentarar til yrkesrollene. Det knyter seg mest spenning og nervøsitet til legen. «Ein heilt framand lege, ein heilt framand person!» Dei som fortel om audmjukande opplevingar, knyter det direkte til kva slags yrkesrolle det er dei møter. Rollane er svært tydelege, og dei som kjem inn på avdelingane, ser ut til å lesa av hierarkiet så å seia omgåande. Enten dei fortel om positive eller negative erfaringar, så nemner dei alltid yrkesrolla. Dei ser etter kvart at dei sjølv har ulike roller i forhold til personalet: Dei snakkar om livet sitt med miljøterapeutane, og om medisinerer med legen.

Relasjonar og språk

No er det ikkje slik at dei negative eller positive rollene er mekanisk knytt til yrkesfunksjonane. Nokre informantar fortel at dei blir svært godt mottekne ved første møtet, fordi dei møter ein person dei straks får tillit til. Det er heller slik at dei maktfulle romma og stadene i seg sjølv forsterkar stress og kaos, og at måten legen tek imot på, av den grunn blir endå viktigare. I eit meir symmetrisk forhold, saman med andre pasientar eller i den daglege kontakten med dei ein er mest i lag med, er spenninga mindre. Når ein møter den som har makt til å avgjerda, er det både mindre tid og kortare veg til å kjenna seg avvist, og deretter velja tilbaketrekninga som strategi. «Det var vanskelegare å snakke med behandlaren og legen. Det var lenger avstand til dei. Det var lettare å snakke med miljøterapeutane i avdelinga. Det var bra, særleg når vi vart litt kjende. Lettare da». Ein annan informant viser til at sjølv tida på samvær tyder mykje: «legen er her berre av og til». Graden av språklege vanskar er altså knytt til kvar ein er i sjukdomsforløpet, kva slags rom ein er i, og kven i hierarkiet ein står i forhold til.

Den personlege faktoren

Men den tredje faktoren, personen, går delvis på tvers av rollane. Ein viktig faktor er kven ein har

god kjemi med. Ein kan oppleva ein brysk og streng lege, men også ein som straks forstår ein. Ein informant vart introdusert til sin primærkontakt ved innlegging i open avdeling. «Ho var berre heilt skjøn. Ho fekk meg til å slappe av med ein gong.» Her er det nok snakk om funksjonen, men først og fremst om den personlege faktoren. Sjølv om dei fleste opplever det som lettare å snakke med miljøterapeutane, som er meir saman med dei i det daglege, kan også det variera frå person til person. Dei som er strenge, og iretteset pasientane om dei ikkje deltar nok, får liten tillit. Dei som forstår skiftingane, ser pasienten og signaliserer positivt gjennom det heile, får betre omtale. Den personlege faktoren har mykje å seia, og særleg er desse pasientane vare for irettesetting i den situasjonen dei er i. «Dei må ha ein god personlegdom», som ein formulerer det. Det er altså ikkje berre rollene, det er i høg grad også personane som er viktig når informantane fortel sine historier.

Presise minne

Ein observasjon ein gjer når ein analyserer eit slikt materiale, er kor konsist dei tidlegare pasientane hugsar opplevingane sine. Fleire av dei fortel om til dels stor grad av forvirring og indre kaos når dei kom til sjukehuset. Men dette tyder på ingen måte at dei er mindre mottakelege for inntrykk. Tvert om; den urolege tilstanden gjer at sjølv små inntrykk kan slå sterkt inn, stundom prega av vrangforestillingar. Men den skjerpa merkesmda som fylgjer med stemningar prega av angst i ulik grad, skjerpar også graden av sårbarheit. Det gjer at trongen for tryggleik, forstålege forklaringar, god personleg kjemi og taktfull kommunikasjon blir tilsvarande skjerpa. Dette kan samanliknast med tilstandar ein opplever i sorgprosessar: sansopplevingane blir skjerpa og får ekstra sterk vekt, og det som i kvardagen kan oppfattast som detaljar, kan få ei sterk indre mening.

Forteljingane frå dei seks informantane inneheld ei rekkje interessante observasjonar. For det første at det finst eit samband mellom psykosetilstandar og språkvanskar. Når det er ein for sterk kontrast mellom medvit og omverd, opplever ein avmakt som kan føra til manisk tale eller tilbaketrekning og tagnad.

Derneft viser det seg at dei fleste opplever det som hjelp og forløyning når dei finn fram til nokon som kan høyra på deira forteljingar, og di meir dei blir i stand til å setja ord på det dei opplever, di mindre trugande og farleg blir det. Kor fort dette skjer, er avhengig av faktorar som

«Ein viktig faktor er kven ein har god kjemi med.»

setje seg så langt borte frå legen som mogeleg: «Det hadde mykje å sei det og at eg sat heilt opp i kråa – det var bevisst. Eg følte meg litt meir trygg når eg fekk sitte der liksom og prøve å gøyne meg vekk mest mogeleg».

Hierarki

Ikkje berre rommet, men måten aktørane sit på, gjer inntrykk på pasienten: «Du føler at alle ser på deg, og du har mest lyst å gå og grave deg ned, det er ikkje noko godt. Nei, legen sat på skrivebordet og dei to andre sat på ein sånn undersøkingsbenk ... og dingla med beina. Så tok dei alle tinga eg hadde med meg og, absolutt alt, og låste og ... alt var jo låst.»

Opplevinga av å koma inn i avdelinga i sterkt medteken tilstand, for så å få eit møte med den som avgjer framtida, inne på kontoret til legen, ser ut til å farge heile opplevinga av opphaldet. Fleire av informantane fortel at dei snakkar mykje lettare «nede i avdelinga», saman med andre innlagde og med miljøarbeidarane. Det romlege preget der understrekar ikkje på same måte det ulike maktforholdet. Det hierarkiske systemet i avdelingane blir svært tydeleg i det informantane fortel. Dei som har makt til å setja diagnoser, leggja inn og skriva ut, er samstundes dei som har minst tid for pasientane. Difor opplever informantane seg på «framand grunn» når dei er på kontoret til legen, særleg i starten. Dei er også våre for irettesettingar når dei er i dette rommet. Ein av informantane fortel at legen skjente på henne, fordi ho ikkje hatt møtt til terapitimen sin, og truleg også på grunn av rusbruk. Den negative opplevinga av dette vart

er heilt allmenne: om dei kjenner seg trygge, om dei har noko å snakke til som dei kjenner tillit til, og om dei opplever tilstrekkeleg avstand til maktaspektet i institusjonen.

Makt og språk

Gledeleg nok fortel dei fleste om gode prosessar, der dei etter kvart får hjelp med vanskane sine. Men det er også tankevekkande at fem av dei seks informantane fortel historier om audmjuking, der dei blir oversett eller misforstått på ein slik måte at det bremsar opp prosessen framover mot tilfriskning og enklare kommunikasjon.

Det er likevel interessant å merka kor våre pasientane er for makt, og for misbruk av makt. I forhold til kommunikasjon, vil maktmisbruk vera å oversjå pasientane som subjekt, overhøyra dei, eller irettesetja dei når dei prøver å verbalisera det som plagar dei. Det er når frykta er borte og dei kjenner seg trygge på samtalepartnaren at kommunikasjonen tek seg opp. Då blir det også lettare for dei å opna seg for korrektiv, dersom dei er offer for vrangførestellingar. Skarp irettesetting ved innlegging, som fleire fortel om, ser derimot ut til å setja dei utanfor kommunikasjonen, fordi dei låser seg i språkløyse og tilbaketrekning, og dermed kjem seinare i gang med ein kommunikasjon som kan styrke tilfriskninga.

Språk og livsevne

Evna til å uttrykkja seg, språkleg og ikkje-verbalt, er direkte knytt til det Hans-Georg Gadamar omtaler som helse sitt mysterium: at ein greier å oppleve ein eller annan form for heilskap. (8). Her er det slektskap mellom Gadamer hermeneutiske modell for å forstå heilskap, og Antonovskij's teori om at helse heng saman med evne til å oppleve ting i samanheng. Depresjon og mani er ulike og motsette former for forstyringar av denne evna; depresjonen «frys ned» evna til å sjå meningsfulle samanhengar, og manien produserer samanhengar som er illusoriske og desorienterande. Å få språket til å fungera igjen er dermed noko langt meir enn sosial olje i form av vennleg smalltalk, medan ein ventar på at medikamenta skal verka. Det rører ved sjølve kjernen i tilfriskningsprosessen, ein kjerne både Antonovskij og Gadamer omtaler som ei gåte eller eit mysterium (9,10).

Det er viktige debattar i helsevesenet om kor vidt ein brukar for mykje medikament, og om dette kunne erstattast med meir terapi (9,11). Vårt materiale gir oss ikkje haldepunkt for å seia mykje om dette. Men det materialet syner på overtydande vis,

er at det kommunikative aspektet er svært viktig i dei tidlegare pasientane sine forteljingar, og at det ser ut til å verka inn på tilfriskningsprosessen. Hemma språk kan fremme undertrykking i eit samfunn der normaliseringsomgrepet er for smalt og diagnosar kan vera med å låse språket i monolog. Det er difor all grunn til å lytta til desse pasientrøystene, så arbeid med psykiske lidingar ikkje held fram med å vera «fornuftens monolog over galskapen», (1), men heller utviklar ein dialog om eit felles spørsmål; kva det vil seia å vera eit menneske. Det er eit spørsmål som behandlar og pasient har felles, og der det ikkje gitt kven har svara. Men sjølve samtalen kan føra ut av ord ein stod inneklemt i, og saman med språket kan ein få att noko av fargane i verda. ■■■

REFERANSER

1. Foucault M. Galskapens historie i opplysningens tidsalder. Oversatt av Fredrik Engelstad og Erik Falkum. Oslo: Gyldendal, 1996.
2. Kristeva, Julia. Svart sol. Depresjon og melankoli. Oversatt av Agnete Øye. Oslo: Pax, 1994.
3. Tunström G. Juloratoriet. Stockholm: Bonnier, 1983.
4. Maltnerud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget AS, 2008.
5. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009.
6. Christensen NB, Kaasing Nielsen S. Magtaspektet i terapeutpositionen. Tidsskrift Fokus på familien 2002; 3: 193–206.
7. Andersen T. Forord. I: Seikkula J. Åpne samtaler (2.utg.) Oslo: Tano Aschehoug, 2002.
8. Gadamer HG. The Enigma of Health. Stanford: Stanford University Press, 1996.
9. Antonovsky A. Helseens mysterium. Den salutogenetiske modell. Oslo: Gyldendal akademisk, 2012.
10. Paris J. Medisinering av psyken: en kunnskapsbasert kritikk av moderne psykiatri; oversatt av Kari Marie Thorbjørnsen. Oslo: Abstrakt, 2010.
11. Kolstad A, Kogstad R. Psykologisering av sosiale problemer, medikalisering av psykiske lidelser. Haugesund: Alpha forlag, 2010.

✓ Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



ULL TYNN

Sokker som ikke strammer

- klør ikke
- svært slitesterk
- tåler 60° vask

kr 298,- for 5 par

Enkelt å bestille i vår nye nettbutikk!
www.ametrine.no