

## Stemmehøring og det tradisjonelle psykosebegrepet

(En norsk bearbeiding v/M. Henri Day og Atle Ericson av professor Marius Rommes foredrag ved Moldeseminar, 9-10.11.2000)

Jeg vil først takke organisasjonskomiteen for utmerket organisering og herlig gjestfrihet....

Jeg var også meget imponert av det faktum at fagforeningen var representert i komiteen. Jeg tror nemlig, at fagforeninger kan spille en viktig rolle i og for brukerorganisasjoner. Over hele verden, og også her i Norge, som vi hørte i diktet som ble lest for oss, strever stemmehørere med følelsen av å være uønsket. Om stemmehørere betrakter seg selv som uønsket, da er det noe feil med samfunnets organisasjon, anser jeg. Så jeg er meget fornøyd med at en fagforening var representert i organisasjonskomiteen for dette seminaret. Det var dessuten klokt å ha med en representant fra reisebyrået i komiteen, da man skulle få så mange mennesker å reise hit. Dette er også noe vi kan lære av....

...

I dag ønsker jeg å diskutere følgende emne med dere :

- 1) Den grunnleggende tanke bak denne nye tilnæringsmåte [Hearing Voices] til stemmehøring.
- 2) Hvordan Hearing Voices begynte og dens utvikling i fra den misnøye som min pasient uttrykte med den tradisjonelle psykiatriske tilnæringsmåte.
- 3) Våre viktigste forskningsresultater fra fire ulike studier gjort de siste femten år
- 4) Videre perspektiver og forhåpninger—det handler ikke bare om stemmehøring, men attityden til psykoser, eller til andre menneskers avvikende atferd. Ståstedet vil være å forsøke forstå psykoser og deres betydning—da også psykotiske erfaring har betydning. Ron Coleman vil også snakke om dette senere.
- 5) Konsekvenser av Hearing Voices-tankens for det tradisjonelle psykosebegrepet, dvs. at stemmehøring er ikke bare sykdom, men også atferd med en personlig betydning.

Den grunnleggende tanken

Den grunnleggende tanken [bak Hearing Voices] er at stemmehøring i seg selv ikke er et tegn på psykisk sykdom, men en signal på [sosial og/eller følelsesmessige] problemer hos stemmehøreren som må finne en løsning eller bli håndtert.

Forskning viser klart at også psykisk friske mennesker som aldri blir psykiatriske pasienter hører stemmer. Hvis 2 % av befolkningen hører stemmer, og bare 1/3 av disse utvikler vanskeligheter koplet til denne erfaring, er konsekvensen den at det finnes flere stemmehørere som aldri blir psykiatriske pasienter enn det finnes stemmehørere som blir psykiatriske pasienter. Dette må dere tenke på—at i våre samfunn finnes det flere personer som hører stemmer og aldri blir psykiatriske pasienter enn de som hører stemmer og blir pasienter. Dette faktum har avgjørende konsekvenser.

Anledning til at noen stemmehørere blir psykiatriske pasienter er ikke stemmehøring i seg selv, men at de ikke kan håndtere stemmene eller de problem som ligger bak stemmene, som at man blir redd stemmene, eller deprimeret eller forvirret, e l. Det er således forhold til stemmene som gir opphav til problemene. Stemmene er som budskapsbærere, og i historien ser vi at budskapsbæreren som kom med en grusom melding gjerne ble sett på som en vond person—man bekjempet da budskapsbæreren, mens det hadde vært bedre å forsøke løse problemene. Å drepe budbæreren er ikke en effektiv måte å løse problemer på. Pasienter ønsker alltid å få bort stemmene. Det gjelder imidlertid å få dem gradvis til å innse at oppgaven ikke er å få bort stemmene, men å oppnå et nytt forhold til stemmene—å kunne lære av stemmene hva det er av vanskeligheter i deres egne liv. Det er dette som er den grunnleggende tanken bak Hearing Voices.

Dette—at stemmehøring finnes både blant mennesker som ikke er og mennesker som er psykiatriske pasienter—ledet oss til tre spørsmål :

Er stemmehøring i seg selv et tegn på psykisk sykdom ?—jeg sa tidligere at det ikke var det, men naturligvis må vi forsøke å komme med noen mer eller mindre gode beviser for denne påstanden.

Er stemmehøring relatert til noe spesifikke psykiatriske sykdommer ? Dere vet at i psykiatrien, blir stemmehøring lett identifisert med schizofreni. Er denne betraktningens måte korrekt ?

Finns det noen spesifikke aspekter eller karakteristikk hos stemmene hos en psykiatrisk pasient som er ulik dem hos stemmene til en stemmehører som ikke er pasient ? Også dette spørsmål må undersøkes—finnes det en forskjell, eller finnes det ikke ? Dette er klart viktig, da som vi har sett, også ikke-pasienter kan høre stemmene på en hallusinatorisk måte. Jeg skal derfor viser dere et antall studier. Først noe studier gjort på psykologistudentene, for at dere

lettere skal kunne identifisere dere med objektene—jeg forstår at de fleste av dere er fra psykologi- eller sykepleiefag.

I Posey & Losch (1983) sin studie av stemmehøring med 375 studenter som objekter fant man visse forskjeller som vi i psykiatrien vanligvis reduserer til det at man hører en stemme som andre ikke kan høre og at man føler at denne stemmen ikke er jeg, men noen annen—min nabo, noen som har dødt eller en gud eller noe annet, som man ikke kan identifisere presist, men som man kan føle finnes der. Stemmens karakteristikk som ikke-jeg er viktig i den psykiatriske definisjonen, men det finnes også de som hører sine egne tanker og dette er mer hyppig enn man tror i psykiatrien....

En liknende studie ble gjort senere av Barret og Etheridge (1992), igjen med psykologistudenter som objekter, og man fant samme type forskjell. Men her man fant at 45 % av de som hadde erfaring med å høre stemmer hørte dem regelmessig, fra daglig til månedlig. Videre jevnførte man test resultater på MMPI hos subjekter som hørte stemmer ofte og subjekter som hørte stemmer sjelden, men man hittet ingen forskjell hva gjelder klinisk patologi mellom de to gruppene. Dette resultat gir en annen innfallsvinkel til spørsmålet om stemmehøring i seg selv er et tegn på patologi.

Disse studier brukte psykologstudenter som objekt. I psykiatrien, imidlertid, ønsker man ved studier å bruke et psykiatrisk diagnoseinstrument på objekter fra den allmenne befolkningen. Jeg kjenner til to slike studier—det finnes andre, men i de fleste studier gjennomført i det forrige sekelet brukte en ikke diagnoseinstrument. I disse studier, hhv. av Tien og Eaton, var antallet objekter meget høyt—omkring 15 000 mennesker i den første. Den første studien ble utført av ikke-fagfolk—ellers hadde den blitt meget kostbar—men den andre studien ble utført av psykiater, og man brukte et mindre antall objekter.

Tien, som brukte Diagnostic Interview Schedule, hvilket hadde blitt utviklet i 1985 for å kunne brukes av ikke-fagfolk i befolkningsstudier, fant at 2 – 4 % av befolkning hadde hørselshallusinasjoner på nivå 2—dvs. at man hørte stemmene som andre ikke kan høre og at stemmene ble opplevd som ikke-jeg, men at man ikke nødvendigvis hadde problemer med stemmene eller forklaringer på stemmene som skulle blitt karakterisert som vrangforestillinger. Men 1/3 av disse stemmehørerne var på nivå 5—dvs, at man opplevde stemmene som negative, man søkte hjelp, medisiner, man ønsket få bort stemmene, pga. at man klarte ikke å håndtere dem. Dette var pasientgruppen.

Eaton gjentok studien med drøye 800 subjekter, men her var det psykiater som brukte samme diagnoseinstrument. De fant hørselshallusinasjoner blant 4 % av befolkningen. De også fant—ikke overraskende da det var fagmenn som utførte studien—en noe høyre nivå av personer med psykiatriske diagnoser blant objektene—45 %. Men det som er interessant her er at de fant bare 16 % med en schizofreni diagnose mens resterende ca. 30 % hadde andre diagnoser. Dette resultat er viktig i forhold til spørsmålet om stemmehøring er relatert til spesifikke psykiatriske diagnoser : Eaton fant altså hørselshallusinasjoner blant pasienter med forskjellige psykiatriske lidelser.

Selv om denne type forskning er av gammel dato i den psykiatriske litteraturen har man ikke tatt konsekvensene av den. I DSM, f.eks, er stemmehøring fortsatt bare inkludert blant kriterier for schizofreni, skjønt at allerede 1974, i International Pilot Study of Schizophrenia, fant man at 70 % av de schizofrene hørt stemmer, men at også mennesker med både affektive sykdommer, som bipolare (manodepressiv) sykdommer, og dissosiative sykdommer ofte har hørselshallusinasjoner. De finnes også hos mennesker med andre psykiatriske sykdommer, men her begrenser jeg meg til de to ovennevnte grupper.

Således har vi svart på to av våre tre spørsmål. Da det kan være vanskelig å huske alt man hører under et foredrag, gjentar jeg : det faktisk at også friske hører stemmer gjør det meningsfullt å spørre— Er stemmehøring i seg selv et tegn på psykiske sykdom ? Jeg har vist dere noe studier som konstaterer at i den allmenne befolkning finnes det stemmehørere som ikke har større problemer med sine stemmer og som dessuten ikke kan gis en psykiatrisk diagnose. Svaret må derfor være : stemmehøring i seg selv er ikke et tegn på psykisk sykdom. Senere, vedrørende spørsmålet om stemmehøring er relatert til noen spesifikke psykiatriske sykdommer, viste jeg til noen studier der hørselshallusinasjoner fantes hos pasienter med forskjellige psykiatriske diagnoser. Således kan ikke stemmehøring betraktes som karakteristisk bare for schizofreni, da også andre, som deprimerte eller maniske pasienter, eller pasienter med dissosiative lidelser, også hør stemmer.

Vi kommer nå til det tredje spørsmål—tyder noen spesifikke aspekter eller karakteristikker hos stemmene på en spesifikk psykisk sykdom ?

For å svare på dette spørsmål gjennomførte vi en systematisk studie der vi sammenlignet tre

grupper av stemmehørere. En gruppe var pasienter med schizofreni diagnose, en pasienter med diagnose dissosiativ lidelse og en var ikke-pasienter, dvs., stemmehørere som aldri hadde trengt psykiatrisk hjelp. Denne siste gruppe tok vi med som en kontrollgruppe, for å undersøke eventuelle forskjeller mellom stemmehøring hos ikke-pasienter og stemmehøring hos pasienter. Tidligere i psykiatrien—det er mindre framtreddende nå for tiden—har man skilt mellom såkalte virkelige [hørsels]hallusinasjoner og såkalte pseudohallusinasjoner, der man ved virkelige hallusinasjoner liksom hørte stemmene gjennom ørene, man kunne ikke snakke med stemmene, og de snakket om i stedet for til en. Disse symptomer var ansett som de grunnleggende trekk ved schizofrene hallusinasjoner. Ved pseudohallusinasjoner hørte man stemmene i hodet, man kunne snakke med dem og man følte ofte at det var som om man hørte stemmer.

Dette var imidlertid ikke tilfelle i vår undersøkingsgruppe om 48 stemmehørere. Alle i de tre ulike undergruppene—ikke-pasienter, pasienter med dissosiative lidelser og schizofrene pasienter—hørte stemmer som kom fra utefor hodet. Visstnok var frekvensen av de som sa at de hørte stemmene ute fra noe høyre i den schizofrene gruppen [78 %] enn i de andre to gruppene [hhv. 67 % og 57 %], men denne forskjell var ikke tilstrekkelig stor til å differensiere mellom gruppene. Pasienter i alle de tre gruppene hørte også stemmene i hodet—i blant hørte man stemmene i hodet, i blant gjennom ørene—forskjellen fantes mellom personene og mellom de ulike stemmene. Hva gjelder evne til å snakke med stemmene ( så kallet stemmedialog) fantes det medlemmer i alle gruppene, faktisk er at andelen schizofrene som rapportert at de kunne snakke med stemmene var høyere [67 %] enn blant de andre to gruppene [hhv. 33 % og 60 %]. Stemmer som talte til stemmehørerne og stemmer som talte om stemmehørerne fantes også i alle gruppene, skjønt andelen personer som hørte kommenterende stemmer var høyest blant schizofrene [61 %, jevnført med hhv. 53 % og 20 % i de resterende gruppene]. Det fantes således ikke noe betydelig forskjell hva gjelder selve opplevelse av stemmehøring blant de tre gruppene.

Dermed kommer vi til neste spørsmål : hva er forskjellen mellom opplevelse av stemmehøring blant pasientgruppene og ikke-pasient gruppen ? For selv om det finnes en statistisk signifikant forskjell hva gjelder opplevelse av stemmene som kommer ute fra mellom pasient- og ikke-pasientgruppene, er ikke denne opplevelsen eksklusiv for pasientgruppene. Hva er da forskjellen mellom pasientgruppene og ikke-pasientgruppen ? Den viktigste forskjellen er at pasienter er redde, og ikke-pasienter ikke er redde, sine stemmer. En annen viktig forskjell, som sannsynligvis er relatert til den første, er at stemmene blir opplevd for det meste positive av ikke-pasienter. Dvs, ikke-pasienter oppfatter sine stemmer som for det meste positive, mens pasienter oppfatter dem som for det meste negative. Dette sier noe om forholdet til stemmene, om hva slags forhold stemmehøreren har til sine stemmer.

Altså, den viktigste forskjellen mellom pasienter og ikke-pasienter er at ikke-pasienter opplever sine stemmer som hovedsakelig positive, mens pasientene opplever sine stemmer hovedsakelig som negative. Følgelig er pasientene redde sine stemmer og betydelig mer forstyrret av dem, mens ikke-pasienter ikke er redde sine stemmer og er mindre forstyrret av dem. Disse forskjeller forklarer hvorfor pasientene søker hjelp—hvilket jo er fornuftig når man blir forstyrret av noe—men det finnes ingen grunn til å sette en spesiell diagnose ved pasienttilfellene.

Nå ser jeg at jeg har glemt å fortelle om hvordan Hearing Voices begynte og dets utvikling ! Men dere kan kanskje spørre meg om dette senere—jeg tror ikke det ville være klokt å stoppe i min fortelling nå, det kunne bare medføre forvirring.

Forhold mellom stemmehøring og stemmehørerens livshistorie

Jeg har nå vist dere resultater av våre undersøkelser av forskjellen mellom pasienters og ikke-pasienters opplevelse av stemmene sine, der vi fant at ikke-pasienter var mindre redd sine stemmer enn pasienter og opplevde stemmene som positive. Men da begynte vi å fundere på hva det er som gjør at personer overhodet hører stemmer. I pasientgruppene, blant schizofrene og personer med dissosiative lidelser, hører jo 50 – 60 % stemmer, mens blant befolkningen som helhet er det bare 2 – 4 % som gjør det, dvs. en langt mindre andel. Som sosialpsykiater mistenkte jeg at eventuelt kunne det være så at pasienter som gruppe hadde opplevd flere og større problem i sine liv enn ikke-pasienter. Således ble vi interessert i stemmehørernes livshistorie—hvordan blir man en stemmehører, eller får andre symptom ?

Derfor bestemte vi oss for å studere nøye noen tilfeller. I psykiatrien, nå for tiden, forsøker man å studere symptom, og ut fra disse symptom få fram en diagnose. I framtidens psykiatri, er det ønskelig at man begynner med symptomet og forsøker forstå hvordan og hvorfor det

har oppstått. Det er som i somatisk medisin, når man observerer et symptom, spør man etter dets opphav. Man konstruerer ikke umiddelbart en diagnose, men begynner med hvor symptomet kommer fra. Man spør etter det som har skjedd, og det som holder på å skje. Derfor bestemte vi oss for å studere livshistorien—også til personer med erfaringer av hva psykiatrien kaller for psykoser. Når det gjelder nevrosener er dette noe man har gjort lenge—Freud og andre har vist at mange neurotiske problemer oppstår som reaksjoner til livshendelser. Av en eller annen anledning har dette kommet i bakgrunnen når det gjelder psykoser. Så det vi forsøkte å gjøre var å bringe dette i forgrunnen igjen—at også psykotiske opplevelser kan ha en forbindelse med livshistorien.

Når vi gjennomførte studien oppdaget vi et antall ulike forhold mellom psykoser og livshistorien, hvilket gjør saken komplisert. En del saker er jo ikke lett i livet—ikke for oss som forskere, og sikkert ikke for pasientene ! Pasienter føler seg derfor ofte uønsket, og vår oppgave var å se om uønskete mennesker kunne forandres til stolte mennesker—stolte ettersom disse mennesker med sine erfaringer og opplevelser må kunne fortelle noe ekstra, noe som vi kan lære av. Dette var også en del av erfaringen av å arbeide med stemmehørere—det at man kan lære av dem. Og derfor er det viktig at stemmehørerne blir organisert, og det er derfor jeg vil at fagforeninger blir mer aktive her. For hvis stemmehørerne blir organiserte vil de få mer makt, og da kan vi fagfolk lære av dem ! Nå forsøker vi lære av oss selv, og det tror jeg, er noe av et hinder....

Tilbake til vår studie. Vi studerte altså livshistorien til våre stemmehørere, og spurte når stemmene først dukket opp. Til vår forundring fant vi at de fleste stemmehørere—ikke alle, men de fleste—kan fortelle presis når de begynte å høre stemmer. Og når en spør videre om hva som hadde hendt dem rundt dette tidspunkt, hvor man bodde, hva man gjorde, om det hadde skjedd noen forandring, osv, som en gjør når en forsøker få folk til å huske, å gå tilbake i tiden, finner en at hos ca. 70 % finnes det et eller annet sosialt trauma, en uutholdelig livssituasjon. Vi hadde, f eks, en eldre pasient som begynte å høre stemmer et halvår etter at hennes mann hadde blitt pensjonist. Hva som hadde hendt var at mannen hadde tatt over alle hennes oppgaver i hjemmet, så hun ikke hadde noen oppgaver lengre og hun ble behandlet mer eller mindre som et barn. Stemmen sa til henne samme slags ting som man gjerne sier til barn : Vær forskikkelig så at du ikke ramler ! Knepp igjen kåpen, det er kaldt ute ! osv. Hva stemmene sier er metaforisk, de forteller på en metaforisk måte hvordan andre behandler stemmehøreren. Jeg gjentar : i 70 % av tilfellene er de sosiale omstendighetene ved tiden for oppstart av stemmene relatert til det eller de problem som ligger bak dem. Oftest er det slik at stemmehøreren kommer i avmakt—han eller hun klarer ikke å løse problemet. Således klarte ikke min pasient å si til sin mann at oppgavene hjemme var hennes arbeide og at han fikk finne på noe å gjøre utendørs. Hun var ikke tilstrekkelig sterk for å kunne gjøre dette.

Et annet eksempel, som er temmelig vanlig hos eldre mennesker, er det å høre stemmen til en nær pårørende som er død. Det er særlig tilfelle der den overlevende bor alene, ofte i lange tider etter dødsfallet—det finnes en fin studie av en distriktslege i England som fant at så mye som 70 % av hans pasienter hørte stemmen til sin avdøde make.

Men også andre traumer, som å bli arbeidsløs, kan føre til stemmehøring, særlig når den som har mistet arbeidet føler seg maktesløs og ikke vet hva han eller hun skal gjøre. Å bli arbeidsløs kan jo være en stor trussel mot ens selvbylde og mot ens sosialutvikling.

Konflikter mellom ens selvideal og virkelighet er et annet eksempel—som når en person ønsker å ta en akademisk eksamen men ikke har evnen, det ser man ganske ofte. Her også agerer stemmen som metafor, den forsøker forvirre stemmehøreren med tall eller med språk, dvs, at den forsøker å forstyrre stemmehøreren og hindre ham eller henne fra å konsentrere seg på sine kursoppgaver. På denne måte trer diskrepansen mellom evne og ønsker fram, samtidig som individets mangelfulle evner blir skjult [også for ham eller henne selv]. For man kan føle en stor avmakt å ikke kunne når viljen finnes, det kan være en stor trussel. Problemet er jo at oftest så kan man ikke påvirke sine evner.

Ovenstående er et eksempel av konflikten mellom ideal og virkelighet, et annet er problemer med seksuell identitet, med uakseptabel seksuell identitet. Seksuell identitet er jo ikke noe som man kan velge eller forandre gjennom å trykke på en knapp. Man er den man er, og det er ikke alltid lett å akseptere den man er. Stemmer dukker således ofte opp i forbindelse med situasjoner der man føler avmakt.

Seksuelle eller fysiske overgrep i barndommen er et annet eksempel, der gjerningsmannen har gjort barnet maktesløs allerede før overgrepet har skjedd. Det er jo så det går til.

Følelsemessig utvikling er et annet problemområde—i våre samfunn er det ikke lett å lære folk hvordan de kan håndtere sine følelser. I mange situasjoner er det forventet at man ikke

skal ha visse typer følelser, og det å ikke ha visse typer følelser medfører vanskeligheter senere i livet, for da dukker disse forbudte følelser opp likevel—man kan ikke fritt velge blant følelser, og derfor er vi nødt til å lære oss å håndtere dem, uavhengig av om man liker dem eller ikke.

Ovenstående er noen eksempler på sosiale omstendigheter relatert til at man begynner å høre stemmer og ofte kan stemmehørere fortelle om disse på en bra måte. Problemet er at ofte ser ikke vedkommende selv forholdet mellom disse omstendigheter og stemmene, da stemmene også fungerer som forsvarsmekanismer. Men i vår forskning, undersøkte vi bare de faktiske omstendighetene omkring tiden da stemmehøreren først begynte å høre stemmene sine. Det var ikke så at vi måtte være enig med pasienten at omstendighetene er relatert til stemmenes ankomst—som sagt, forsøker stemmene som forsvarsmekanismer å gjemme dette forholdet. For noe mennesker synes det, pga. av skyldfølelser, å være lettere å høre stemmer som forteller om et problem, enn å akseptere at de selv var en del av problemet. Mer om dette senere.

Stemmehøring er således en forsvarsmekanisme mot sterke følelser av skyld, skam, angst, depresjon, og disse følelser er relatert til de problemer som stemmehøreren ikke klarte å håndtere. Det finns også følelser som er forbudte, som de relatert til [uakseptabel] seksuell identitet, og forsvar mot aggressive og hatefulle følelser—det finnes også forsvar mot å overhodet ha noen følelser. Alle disse muligheter finnes. Når noe grusomt hender kan man velge å kjempe imot, men man kan også velge å flykte, og det er hva vi ser hos noen mennesker—som et forsvar mot det som har hendt, forsøker de helt enkelt ikke å ha noen følelser overhodet. Men dette er en temmelig kortsiktig løsning på problemet.

Som jeg allerede har sagt, er stemmene et metaforisk uttrykk for stemmehøreren problem. Hvis stemmene gjør stemmehøreren aggressiv er det nesten 100 % sikkert at han eller hun har problem med å uttrykke og håndtere aggresjon. Pasientens attityde til og måte å reagere mot stemmene på er også den måten han eller hun reagerer på mot sine problemer eller andre mennesker. Forhold til stemmene er analogt til forhold til omgivelsen. Således må man forandre både forholdet til stemmene og forholdet til menneskene i omgivelsen. Derfor forsøker vi å føre fram utviklingsproblematikken—stemmene er ikke symptomer man må flykte fra, men symptomer som man skal forsøke å lære og utvikles mot bakgrunn av. Når stemmene avspeiler forbudte følelser eller forhold som man er redd, er det bra å lære seg hvordan man skal agere i disse forhold eller hvordan man skal håndtere disse følelser. Derfor er det ikke alltid nødvendig i terapien å føre fram forholdet mellom problemer og stemmene—i stedet kan en f.eks si : «Jeg ser at når du blir sint for noe, sier du ingenting. Kanskje det skulle være bra å forsøke forstå hvordan du kunne håndtere situasjonen på en annen måte.» Som terapeut er det ikke stemmene, men stemmehøreren problemer som er målet for behandlingen.

Således må man bygge et forhold til pasienten for å kunne nærme seg problemene. Som terapeut trenger man ikke å behandle symptom—selv om det er mer eller mindre det som forventes av en, men det er ikke det som er spørsmålet—hva man må strebe etter er å hjelpe pasienten til å forandres fra en uønsket menneske til en stolt menneske.

Nåvel. Litt repetisjon—som oppsummering er vår fire hovedresultater som følger :  
Også friske mennesker kan høre stemmer.

I seg selv er stemmehøring ikke nødvendigvis et tegn på psykiatrisk sykdom.

Stemmehøring er vanlig blant mennesker som lider av mange forskjellige psykiatriske lidelser.

I seg selv betyr ikke det at man hører stemmer at man nødvendigvis lider av schizofreni.

Stemmehøring er en veldig personlig erfaring—som er relatert til stemmehøreren livshistorie.

At forstå stemmer innebærer at

en forstår stemmehøreren sosiale og følelsemessige problemer eller idealer.

Synes dette å være rimelig etter hva jeg har fortalt dere ? Eller kommer det liksom fra himmelen ? Hvis det ikke synes rimelig, så spør bare !

Nå kommer vi til spørsmålet om hvordan vi kan hjelpe stemmehørere. Sandra og jeg har nylig skrevet en bok—Making Sense of Voices—der vi beskriver ulike måter å hjelpe mennesker å håndtere sine stemmer. Det er det som er hovedsaken—å håndtere stemmene og å håndtere problemene som ligger bak stemmene. Men i denne prosess finnes det forskjellige faser—det er ikke ulikt det som er skrevet om å hjelpe mennesker som har opplevd traumer, som for eksempel i Louis Hermans bok. Når en stemmehører kommer til en—da har han eller hun stor angst for stemmene, er redd dem, har ingen aning om hvordan de kan håndteres, føler seg helt

overveldet av stemmene og bare vil få dem bort—da befinner stemmehørerens i overraskningsfasen.

I overraskningsfasen er ikke stemmehørerens åpen for å snakke om de problemer som ligger bak stemmene. Det er som når et menneske er sulten og vil ha brød, men ingen snakk om religion. I en prosess finns det faser der man kan snakke om visse saker, men ikke om andre. Så er det med Hearing Voices. [Som terapeut] må man være i samme fase som stemmehørerens. Stemmehørerne har selv utviklet strategier—korttrekkende intervensjoner—for å oppnå dette :

Korttrekkende intervensjoner :

Å svare stemmene—bare å svare stemmene med et «ja» eller et «nei». Typisk om man er overveldet av en opplevelse, man må først forsøke å ta ens personlighet tilbake i forhold til den andre som er så overveldende —vi betrakter jo stemmene som andre «personer». Hertil kommer også det med viktigheten av å akseptere stemmene—stemmen finnes jo, skjønt du som terapeut ikke finner dem interessant—stemmehørerens hører dem ! Således er de av interesse, ettersom de påvirker stemmehørerens atferd—det er ikke dine tanker som terapeut som påvirker stemmehørerens atferd ! At dine tanker skulle kunne påvirke stemmehørerens er et slags drøm—men den drømmen blir ikke sann om du ikke først finner stemmehørerens der han eller hun er. Når stemmehørerens er svært redd kan man ikke snakke med vedkommende om ulike problemer—man må først styrke ham eller henne i forhold til stemmene. Det finnes flere forskjellige teknikker, som er relatert til dem som brukes mot angst—å svare stemmene med et enkelt "ja, du har rett" eller et "nei, du har feil", og unngå å komme i en diskusjon med dem.

En annen teknikk er å gi stemmene et bestemt tidspunkt å opptre på—stemmehørerens setter av en viss tidspunkt for å lytte til stemmene. De fleste stemmehørere vil ikke lytte til stemmene i det hele tatt, men stemmene er der, så de kan ikke ignoreres. Man må skape et forhold til dem—man gir dem en bestemt tid å opptre, hvilket frigjør tid for annet. For eksempel, når en stemme dukker opp, kan stemmehørerens si—ikke nå, jeg er opptatt, i kveld kl 7 har jeg tid til deg. Men da må man ikke lure stemmen, man må sette av tid til å lytte til stemmen kl 7. Poenget her er ikke å få bort stemmen, men å begynne å forholde seg til den. OK, det finnes et antall teknikker som man kan bruke i overraskningsfasen—jeg skal gi dere en liste over dem, men ikke gå inn på alle her, det ville bli kjedelig.

Neste fase er organisasjonsfasen. Det er fasen der stemmehørerens har en viss kontroll over stemmene. Her kan man som terapeut begynne med teknikker som å gå i gang med stemmene med kognitive intervensjonsstrategier, med å snakke med stemmehørerens om dennes livshistorie og å hjelpe stemmehørerens til å bearbeide erfaringer av sorg og skyld relatert til den traumatiske opplevelsen. Man kan ikke bruke disse teknikker i den første begynnelse, det kreves at pasienten føler seg sikker før man kan begynne med en bearbeidelse av opplevelsene. Å bearbeide traumatiske opplevelser er svært vanskelig—det er og nødvendig, men man må vente til pasienten føler seg sikker. Det er derfor man må holde de forskjellige fasene i det terapeutiske arbeidet fra hverandre. Så selv om man vet at stemmene har å gjøre med en viss traumatisk hendelse, må man begynne først med de korttrekkende intervensjoner slik at stemmehørerens oppnår bedre kontroll og føler seg sikker. Denne første fasen er også viktig for å kunne bygge opp et tillitsforhold til stemmehørerens—de fleste stemmehørerne føler ikke tillit, på grunn av at de har erfaring med å ikke bli hørt. Når de har fortalt mer om stemmene har de fått mer medikamenter, men ingen har virkelig lyttet til dem. Så de kommer ikke til oss full av tillit, fordi at vi—fagfolket— ikke har utviklet et tillitsforhold til dem. Derfor må man som terapeut etablere et tillitsfullt forhold. Således er oppbygning av et tillitsforhold, der man som terapeut aksepterer stemmehørerens egne tanker om sine erfaringer, en essensiell del av den første fasen i terapien. Først når denne tillit er etablert kan man begynne med å bearbeide sorg og skyld relatert til stemmehørerens traumatiske opplevelser.

Tredje fasen er stabiliseringsfasen. Man begynner da med å hjelpe stemmehørerens å på ny bygge opp bånd til samfunnet, man forsøker også å få stemmehørerens til å gjøre saker som øker selvfølelsen. Man forsøker å hjelpe stemmehørerens til å bygge opp et større nettverk, og finne sosiale roller, der ikke bare andre har ansvar for ham eller henne, men der han eller hun også påtar seg ansvar for andre. Det er her stemmehørerens begynner å leve et nytt liv—ikke som en uønsket person, men som en person som kan være stolt av seg selv. Men for å oppnå dette trengs mye støtte, særlig sosial støtte fra andre.

Jeg kommer nå til siste delen av mitt foredrag : hva er det som skiller Hearing Voices fra andre terapeutiske tilnæringsmåter og hva finnes det av videre prospektiver og

forhåpninger ?

Forskjellen er at i stedet for å studere en sykdom har vi studert et besvær. Vi konstruerte altså ikke en sykdom og begynte med å studere den, vi studerte ikke hovedsakelig schizofrene pasienter. Dette fordi schizofreni er en konstruksjon, riktignok kan man studere den, men den er en konstruksjon, ikke en virkelighet. Schizofreni er ikke en attributt hos pasienten selv, men en som andre påføre ham. De fleste forskere utgår imidlertid fra slike sykdomskonstruksjoner.

Men når man i sin forskning går ut fra forskjellige ståsteder får man naturlig nok forskjellige resultater. Ut fra vår ståsted oppdaget vi at problemet ikke var stemmehøring i seg selv, men at stemmehørere ikke kunne håndtere sine stemmer. Men i psykiatrien bruker man vanligvis ikke søke etter symptom blant den allmenne befolkning—fordi man ikke forventer å finne en sykdom blant den allmenne befolkningen. Men man kan søke etter besvær—symptomer—og da ser man at også blant den allmenne befolkning finnes mennesker med vrangforestillinger, eller tvangstanker og tvangshandlinger. Symptomer finnes altså ikke bare hos psykiatriske pasienter, men også hos den allmenne befolkningen. Vi studerte altså erfaringene til våre pasienter, i stedet for å studere tolkninger av disse erfaringer. Fra våre studier lærte vi oss at disse erfaringer er relatert til hendelser i pasientenes livshistorier og at disse hendelsene var vanskelige for pasientene å håndtere. Dette ser man ikke når man studerer sykdommer pga. at blant dem som anses ha en sykdom finnes det så mange forskjellige mennesker med mange ulike reaksjoner på de utløsende hendelsene.

For det tredje, vi studerte så vel pasienter som ikke-pasienter. Dermed kunne vi se forskjell mellom å ha en såkalt "psykotisk erfaring" og å bli syk. Dette er to forskjellige prosesser. Å ha en erfaring er en sak, å bli pasient er en annen.

Vi oppdaget også at samme symptom—samme erfaring—kan opptre ved forskjellige sykdommer. Dette gjelder ikke bare for stemmehøring, men også for andre psykiske sykdommer. Da tittet vi videre på pasientenes livshistorier og fant at samme [type] problem i ens livshistorie kan gi opphav til forskjellige psykotiske reaksjoner. Problemet i psykiatrien er at man utgår fra sykdommen og forsøker finne dens årsak—men man finner aldri denne. Ta schizofreni, for eksempel—man har søkt etter årsaken til schizofreni i hundre år, men har ikke funnet særlig mye. Hvorfor ? Jo, fordi man i psykiatrien gjør noe pussig—man kombinerer den opprinnelige reaksjonen, som til eksempel det å høre stemmer, med alle sekundære reaksjoner, som det at pasienten forklarer hallusinasjonen med en vrangforestilling, som om begge var symptomer tilhørende samme sykdom. Men det er ikke tilfelle—den ene [stemmehøring] er en reaksjon på traumet, mens den andre er en reaksjon på det å ikke kunne håndtere stemmene, hvilket medfører at pasienten forsøker finne en forklaring. Således i psykiatriske diagnoser har man sidestilt opprinnelige reaksjoner på traumatiske hendelser med alle de sekundære reaksjoner. Det er som ved alkoholismen, mennesker begynner å drikke pga. problemer de ikke kan løse, men siden gir avhengigheten i seg selv årsak til alle slags sekundære reaksjoner—de kan ikke arbeide, de får problemer i sine forhold—og siden blir alle disse ulike saker koblet sammen i psykiatrien til et enkelte sykdomsbegrep. Men da kan man ikke studere dette sykdomsbegrep [på et tilfredsstillende måte], fordi man har føyd sammen for mange ulike symptomer på forskjellige nivåer til et enkelte begrep. Og pasienten forstår ikke hvorfor man gjør noe så galt—for han forstår selv at han ikke vil å gå ut fordi han ikke kan håndtere sine stemmer. Eller han blir liggende i sengen fordi stemmene befaler ham å drepe foreldrene, og så venter han til stemmene er tause før han står opp. Og dette kaller vi for et "negativt symptom" ! Så blander vi sammen en masse ulike saker i våre diagnoser, og vi forstår ikke en døyt ! Oppgaven er å forstå pasientens atferd, og pasientens atferd kan man bare forstå om man spør—Hvorfor gjør du dette ? Det må finnes en årsak til hvorfor du blir liggende i sengen.... Hva er årsaken ? Da vil pasienten fortelle hvorfor—og man skal akseptere pasientens svar. Hvis man ikke aksepterer pasientens svar—fordi man ikke tror på spøkelses—da er man «utenfor». Man må spørre om spøkelsene—hvor de kommer fra, hvordan de ser ut, hvordan det føles å se dem, når de først dukket opp—dvs., interessere seg for spøkelsene, ellers får man aldri noen informasjon om dem. Det er derfor jeg har kunnet lære meg så mye av Sandra Escher, som opprinnelig er journalist. Journalister lærer å stille spørsmål og å intervju folk. I mitt fag, lærer man seg ikke å stille spørsmål, men å tolke det første symptom man observerer. Men dette gjør en handikappet som fagmann. Men fri, for man har alltid rett !...

Nåvel, kanskje skal jeg ikke være for slem ! Men poenget er at det å kunne lytte og å fremme forståelse er essensen i å kunne hjelpe mennesker med alle slags psykiske problemer. Man behøver ikke vite, men man må være interessert—dette er budskapet. Det fagmessige

ligger ikke i å vite hva som er best for pasienten, men i å lede en prosess, å skape et forhold. Men det er naturligvis vanskelig når et menneske kontinuerlig gjør saker som opprører andre—særlig ettersom vi som terapeuter alltid blir holdt ansvarlig for en annens atferd, hvilket vi i virkeligheten ikke kan være. Men samfunnet holder oss ansvarlig. Og vi, fra vår side, stiller oss ikke sammen og sier til samfunnet : Hei samfunnet, hva holder dere på med ?!! Dette er ikke rimelig ! Vi ville bare vite hvordan et menneske fungerer, hva hun har for handikapp, hvordan hun lever ! Nei, sier samfunnet, dere må kontrollere dette mennesket ! Og da sier vi Ja vel! til samfunnet. Så er vi snille—alt for snille mot samfunnet, men ikke så snille mot pasientene.... Dette er et stort problem, synes jeg. Dette er vanskelig, men jeg anser at det er mulig i ens personlige forhold med pasienten å ha forståelse for det faktum at hun har hatt vansker og at det er derfor hennes forhold til samfunnet er forstyrret, da samfunnet ser henne som uønsket. Men dette er et forhold som kan forandres, for man kan som terapeut bli en støtte for pasienten. Og pasienten er mye mer forstandig enn vi tror.... Jeg har kanskje kommet lite utenfor temaet, men dette er faktisk essensen i hele mitt foredrag—å forholde seg til sine pasienter og å ha forståelse for deres erfaringer. Takk for at dere lyttet, jeg ser fram til å få spørsmål.

[Applaus]

[Marius Rømme blir anmodet av konferansieren å fortelle litt om hvordan man begynte med Hearing Voices og dets utvikling.]

Takk ! Jo, det er riktig—jeg glemte å fortelle dere hvordan vi begynte med Hearing Voices. Hvordan Hearing Voices begynte og dets utvikling

Det var en av mine pasienter—Patsy Hage—en ung kvinne ved den tiden, 1985—som fortalte meg at hun hørte stemmer og at disse stemmer forstyrret henne mye, da de forbød henne å bruke telefon etter kl 8, å gå ut, eller å synge eller ta sangleksjoner (hun var interessert i sang). Gradvis ble hun mer og mer isolert og derfor kom hun til meg med sine stemmer. Min eneste reaksjon var å klassifisere hennes stemmer som «hørselshallusinasjoner», og gi henne medikamenter. Jeg gikk overhodet ikke inn i hennes erfaringer, jeg var bare interessert i om hun hørte stemmene og om andre kunne høre stemmene—jeg spurte ikke en gang hva stemmene sa. Jeg bare spurte om hun opplevde stemmene som en del av henne selv eller som kommende utenfra. Hun var overbevist om at det var guder som talte til henne, sterke guder som hun ikke kunne si imot. Problemet var at hun ikke likte min tilnæringsmåte—stemmene forstyrret henne, mens jeg kunne ikke forklare verken hvorfor hun overhodet hørte stemmer eller hvorfor stemmene var så forstyrrende. Så hun var en utfordring for meg. Hun sa : «Du går i kirken og tror på Gud»—egentlig gjorde jeg ikke det så mye ved den tiden, men jeg kunne forstå hva hun mente : folk går i kirken og tror på Gud, men for det meste verken ser de eller hører de Gud—mens hun hørte stemmene, men jeg, hennes terapeut, ikke trodde at hun gjorde det. Det er grusomt for et menneske—at hun ikke blir trodd på det hun erfarer. Og det gjør vi veldig lett som fagfolk, vi er vant til å ikke tro på våre pasienter. Det er åpenbart. Men ved den tiden var det ikke åpenbart for meg—jeg trodde ikke på stemmehørere. Men jeg var bekymret over det faktum at hun isolerte seg. Og at hun også ble mer suicidal, da hennes liv artet seg verdiløst, da nesten alt var forbudt. Så jeg søkte etter en vei ut. Jeg viste ikke så mye, men jeg tenkte at når en har blitt så isolert kunne det være en hjelp å få snakke med en annen stemmehørende pasient—en som ikke var så overveldet av sine stemmer. Kanskje kunne man kjenne seg igjen i den andres erfaring ? Jeg var også nysgjerrig på å se om de skulle greie å snakke om stemmene, da jeg for min del ikke visste hvilke spørsmål å stille. Så vi organiserte et møte mellom de to, og jeg ble forbauset når jeg så hvor bra de snakket om sine erfaringer. De kjente seg igjen i den andres historie. Dette er, forresten, noe som dere kan gjøre med deres pasienter—be dem om å snakke om sine erfaringer med hverandre. Da kan dere sitte ned med pasientene og si : «Jeg er interessert å være med, fordi jeg ikke vet hvordan det føles å høre stemmer, mens dere vet. Så når dere snakker sammen kan jeg lære meg litt om denne erfaring, som for meg er temmelig pussig.» Og det var temmelig pussig, men etter en tid sa Patsy «Det er trivelig å snakke med andre som har samme problem, men fortsatt vet jeg ikke hvordan jeg skal håndtere stemmene». Og det visste ikke jeg heller!

For å løse dette problem tok vi et TV-talkshow til hjelp - det var Sandra som kom med ideen—hun er jo journalist og journalister liker media. Vi ville møte mennesker som ikke bare hørte stemmer, men som også kunne håndtere dem. Jeg tenkte—finnes det stemmehørere, så må det være noen som kan håndtere stemmene sine. På showet fortalte min pasient om sin erfaring, og jeg fortalte at psykiaterne visste ingenting om stemmehøring og hadde ingen løsning for den. Jeg lyktes forresten aldri med å få noen annen psykiater å erkjenne dette på TV ! De fleste av oss vil heller snakke om hva vi vet, men jeg mener at det er bedre å fortelle

om hva man ikke vet, for da kan andre komme og fortelle om hva de vet. Det var mer riktig for meg å si at jeg visste ingenting om stemmehøring, og det var også mer sannferdig. Vi ba stemmehørere som kunne håndtere sine stemmer om å kontakte oss. Til vår overraskelse svarte 700 personer, 500 hørte stemmer, 200 hadde stemmehørere i familien. Av de 500 stemmehørere var det flere som opplyste at de kunne håndtere stemmene. Da vi ikke kunne innby alle de 500 stemmehørerne konstruerte vi et spørreskjema, der vi ba dem om å forklare sine erfaringer så klart som mulig. Allerede da hadde Sandra foreslått at vi organiserte en konferanse med stemmehørere. Jeg tenkte : "Hun er gal !", men har man et forhold til noen, og arbeider man sammen, må man lytte til den andre. Så vi organiserte konferansen og innbød de stemmehørerne som hadde kunnet forklare klart hvordan de håndterte sine stemmer. Av denne gruppe fant vi stemmehørere som aldri hadde vært pasienter, hvilket for meg som psykiater var forbausende. Å snakke med mennesker som kunne fortelle om sine stemmer— hvor mange de var, hvilket kjønn, hvorfra de kom, osv, all slags informasjon vi hadde lært oss man kunne spørre etter hos stemmehørere—det var svært overbevisende. Vi sa : Hvis en møter mennesker som hører stemmer men som aldri har vært pasienter, og vi selv ikke vet noe om stemmehøring, men bare tror at det er et sykdomssymptom, da må det være noe feil i vår tenkemåte. Ellers skulle disse ikke-pasienter ikke høre stemmer. Jeg fortalte om disse erfaringer og tanker på konferanser, men mine kolleger ble ikke begeistret. De sa : "nåvel, men disse ikke-pasienter som hører stemmer i vanlige livssituasjoner er ikke psykotiske". De påsto at det fantes en forskjell mellom stemmehørere som ble pasienter og stemmehørere som ikke ble pasienter. Så vi bestemte oss for å utforske stemmehøring på en systematisk måte—å sammenligne pasienter og ikke-pasienter blant stemmehørere. Hva vi fant var at stemmehørerne i begge gruppene hadde samme type erfaringer, men at i den ene gruppen var man redd stemmene og i den andre gruppen ikke. Denne forskjell, fant vi, er relatert til pasientens livshistorie : de som ikke er redd stemmene har kunnet løse sine traumatiske erfaringer, og derved har den traumatiske erfaringens påvirkning på deres liv vært mindre enn hva tilfellet er med pasienter. Pasientene, på andre siden, har hatt traumatiske erfaringer som de aldri har kunnet håndtere, og som dermed påvirket deres utvikling på en alvorlig måte. Videre forskning ga oss flere detaljer om disse prosesser, og gjorde det klart at hvis man ønsker å hjelpe stemmehørere må man akseptere stemmene og være nysgjerrig på stemmene og hva de betyr og hvorfra de kommer. Ikke forklaringen, men det virkelige livet. Forklaringen til stemmene er ikke så interessant—det er bare et begrep som vi kan bruke for vår egen forståelse av fenomenet—hva som er av virkelig interesse er hva som har hendt stemmehøreren som er så vanskelig å tenke på at den heller hører stemmer enn å konfrontere sine problemer.

Spørsmål og kommentarer fra salen

Spørsmål 1 : Min sønn, som har vært innlagt i psykiatriske institusjoner nesten halve livet, begynte å høre stemmer under et 8 måneders langt fengselsopphold, som han ikke kunne håndtere. Stemmene ble en stor hjelp til ham i denne situasjonen. Da jeg fortalte ham at jeg skulle hit til seminaret snakket vi om hans stemmer, og jeg tror at han fortsatt er glad i sine stemmer og det selskap de gir ham, jevnført med det selskap han får ved den psykiatriske institusjonen i Oslo der han befinner seg. Jeg skulle ville legge til ytterlig et traume som man kan reagere på—for ham var det stor skuffelse, så mange store skuffelser at han til sist ikke kunne håndtere dem. Hvordan kan vi hjelpe noen som har opplevd stor sorg og skuffelse ? Jeg tror at i dag er hans problem det at han aldri har hatt en mulighet til å snakke om sine traumatiske erfaringer. Han har aldri blitt tatt på alvor....

Svar : Du har helt rett. Jeg tok ikke opp muligheten at et menneske kan velge å høre stemmer fordi man ikke kan håndtere hvordan andre mennesker reagerer mot en. Som innsatt har man ingen makt i det system du beskriver—verken i fengsel eller i psykiatrisk institusjon, særlig om man er der uten samtykke, men også hvis man er frivillig innlagt. Det som vi i blant gjør, er å forsøke stimulere mennesker å skrive ned sin egen livshistorie. Hva alle disse traumatiske hendelser og andre menneskers reaksjoner gjør, er å tilintetgjøre enhetligheten i ens eget liv—det er ikke bare at man ikke forstår hvorfor andre mennesker reagerer som de gjør, men også at ens grep om sin egen livskontinuitet blir dårligere. Å skrive ned sin egen livshistorie er en bra måte å ta tilbake styringen av sitt eget liv, man blir igjen—i det minste i sin egen oppfatning—den som bestemmer over det livet. Stemmene er for din sønn et slags støtte, og det er bra, men han kan fortsatt ikke uttrykke det som har hendt ham, han kan ikke forklare det for andre. Å skrive ned sin livshistorie har to fordeler : den ene at man kan formidle den til andre, den andre at man liksom kan få den ut av hodet og ned på papir, der man kan lese den og si : «Ja, jeg har rett, dette har virkelig hendt meg ! Andres måte å reagere på har virkelig

vært gal, og det er jo mulig for meg å håndtere hendelsene !» Denne måte hjelper en å fornye seg selv som menneske, og det er, i alle fall, den eneste mulighet til å komme seg videre.... Det var flere spørsmål fra salen, men de ble dessverre ikke med på våre lydopptak – kanskje noen av spørsmålstillerne husker sitt spørsmål og Marius Rommes svar ? Da kan du sende dette til oss og vi vil legge de inn her.

Generated by unregistered txt2pdf v.5.x PRO © SANFACE Software 2001