



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Selvmedfølelse - en beskyttelsesfaktor i møte med stemmehøring?
En sammenligning mellom kliniske og friske stemmehørere***

HOVEDOPPGAVE
Profesjonsstudiet i psykologi

Birthe Kristin Flo, Solveig Moe Haahjem og Trine Nilssen Salbu-Robberstad

Høst 2017

Veileder:

Frank Larøi

Forord

Vi vil benytte anledningen til å rette en stor takk til vår veileder Frank Larøi, som har vist engasjement og gitt oss god oppfølging gjennom oppgaveskrivingen. Vi er svært takknemlige for å ha blitt inkludert i det større forskningsprosjektet om stemmehøring og spesielle sanseopplevelser ved Institutt for Biologisk og Medisinsk psykologi. Dette har gitt oss verdifull forskningserfaring. Videre vil vi takke Julien Laloyaux, for god hjelp til dataanalyser og praktiske anliggender, og Isabella Kusztrits for hjelp til å gjøre spørreundersøkelsen nettbasert.

Til slutt vil vi takke alle som tok seg tid til å besvare spørreundersøkelsen.

Bergen, 04.12.2017

Birthe Kristin Flo, Solveig Moe Haahjem og Trine Nilssen Salbu-Robberstad

Sammendrag

Formål: Kunnskap om verbale auditoriske hallusinasjoner (AVH) er viktig for både forståelsen og utviklingen av terapeutiske intervensjoner for psykologiske lidelser hvor AVH er til stede. Sammenligning mellom kliniske stemmehørere og friske stemmehørere kan tenkes å bidra til identifisering av beskyttelsesfaktorer i møte med AVH. Tidligere studier har blant annet vist at gruppene har ulike tolkninger av stemmene, og at dette kan assosieres med grad av emosjonelt ubehag. I denne studien introduseres selvmedfølelse som en annen variabel av interesse. Studier har indikert at selvmedfølelse kan være til nytte for stemmehørere. Få studier har blitt utført på dette området, og sammenligning av selvmedfølelse mellom kliniske og friske stemmehørere har ikke blitt utforsket tidligere.

Metode: 23 kliniske stemmehørere og 29 friske stemmehørere (40 kvinner og 12 menn, *alder* = 29.9) fullførte Beliefs About Voices Questionnaire- revised, Self-Compassion Scale, og Resilience Scale for Adults. **Resultater:** De friske stemmehørerne hadde signifikant høyere nivå av selvmedfølelse enn de kliniske stemmehørerne. De kliniske stemmehørerne opplevde mer negativt ladede stemmer, tolket den dominante stemmen som mer ondsinnet og omnipotent, samt hadde mer motstand mot stemmen, sammenlignet med de friske stemmehørerne. Det ble funnet en signifikant korrelasjon mellom selvmedfølelse og resiliens. **Konklusjon:** Studien støtter antagelsen om selvmedfølelse som en mulig beskyttelsesfaktor for stemmehørere. Kliniske implikasjoner diskuteres i lys av resultatene fra studien.

Abstract

Objective: Gaining more knowledge about auditory verbal hallucinations (AVH) is important in the pursuit of understanding and developing therapeutic interventions for various psychological disorders where AVH are present. The comparison of clinical voice-hearers with healthy voice-hearers is believed to potentially identify protective factors in the face of AVH. Previous studies have shown that the two groups differ in their beliefs about voices, and that this could be associated with level of distress. *Self-compassion* is introduced as another variable of interest. In relation to AVH, self-compassion has been shown to be beneficial. Few studies have been done in this area, and comparing self-compassion in clinical and healthy voice-hearers is yet to be investigated. **Method:** 23 clinical voice-hearers and 29 healthy voice-hearers (40 females and 12 males, M age = 29.9) completed the Beliefs About Voices Questionnaire - revised, The Self-Compassion Scale, and The Resilience Scale for Adults. **Results:** The healthy voice-hearers had significantly higher level of self-compassion than the clinical voice-hearers. The clinical voice-hearers had more negative voice-content, believed that the dominant voice was more malevolent and omnipotent, and had more resistance towards it, compared to the healthy voice-hearers. There was a significant correlation between self-compassion and resilience. **Conclusion:** The study supports self-compassion as a potential protective factor for voice-hearers. Clinical implications are discussed in relation to the results.

Keywords: Auditory Verbal Hallucinations, AVH, clinical voice-hearers, healthy voice-hearers, Self-Compassion, SCS, BAVQ-R, RSA.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Forord | 2 |
| Sammendrag | 3 |
| Abstract | 4 |
| Innledning | 8 |
| AVH i den kliniske befolkningen | 10 |
| AVH i den generelle befolkningen | 12 |
| Å forstå AVH ut i fra en enkelt-symptom tilnærming..... | 14 |
| Likheter og forskjeller mellom kliniske og friske stemmehørere..... | 16 |
| Hva skaper et behov for behandling? | 18 |
| Beskyttelsesfaktorer..... | 20 |
| Selvmedfølelse som mulig beskyttelsesfaktor..... | 22 |
| Oppsummering | 28 |
| Formål og hypoteser | 29 |
| Metode | 30 |
| Respondenter | 30 |
| Etikk..... | 32 |
| Materiale | 32 |
| The Self-Compassion Scale. | 32 |
| The Beliefs about Voices Questionnaire- Revised. | 33 |
| Resilience Scale for Adults..... | 34 |

| | |
|---|-----------|
| Emosjonell valør | 34 |
| Validitet | 35 |
| Prosedyre | 35 |
| Statistikk | 37 |
| Resultater | 38 |
| Demografiske variabler | 38 |
| Stemmehørere og selvmedfølelse | 38 |
| Tolkning og respons på AVH blant kliniske og friske stemmehørere (BAVQ-R) | 39 |
| Emosjonell valør | 39 |
| Korrelasjoner mellom selvmedfølelse, tolkning/respons og resiliens | 40 |
| Diskusjon | 41 |
| Oppsummering av funn | 41 |
| Tolkning av resultatene | 42 |
| Selvmedfølelse | 42 |
| Tolkning og respons | 45 |
| Emosjonell valør | 47 |
| Begrensninger ved studien | 48 |
| Årsaksforhold | 48 |
| Representativitet | 48 |
| Spørreskjema | 50 |

| | |
|--|-----------|
| Implikasjoner | 51 |
| Konklusjon | 53 |
| Referanser | 54 |
| Appendiks A - Godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk | 65 |
| Appendiks B - Godkjenning av endring i spørsmål fra REK | 67 |
| Appendiks C - Samtykkeerklæring | 68 |
| Appendiks D - Self-Compassion Scale, norsk versjon | 70 |
| Appendiks E - The Beliefs about Voices Questionnaire-Revised, norsk versjon | 73 |
| Appendiks F - The Resilience Scale for Adults, norsk versjon | 76 |
| Appendiks G - Tabell over demografiske variabler, del 2 | 79 |

Selvmedfølelse - en beskyttelsesfaktor i møte med stemmehøring? En sammenligning mellom kliniske og friske stemmehørere

Auditoriske hallusinasjoner defineres ofte i litteraturen som sensoriske opplevelser som oppstår i en bevisst tilstand, til tross for at det ikke foreligger en ekstern akustisk kilde (Beck & Rector, 2003; Hugdahl, 2009). Det omfatter ulike auditoriske fenomener, hvor noen rapporterer om opplevelse av lyder som for eksempel tapping, summing og musikk, men også en opplevelse av å høre stemmer. Auditoriske hallusinasjoner som er av språklig karakter refereres til som verbale auditoriske hallusinasjoner (Auditory Verbal Hallucinations (AVH)), og anses som den hyppigst forekommende formen for auditoriske hallusinasjoner (Beck & Rector, 2003). For eksempel kan en person høre en stemme som sier egne tanker «høyt», høre en eller flere stemmer som krangler, eller høre en stemme som løpende kommenterer egne handlinger.

Forskning på AVH som et eget psykologisk fenomen, har stimulert til nyere teoretiske forståelser av AVH, samt bidratt til utforskning av sentrale karakteristikk ved AVH (Daalman et al., 2012; Larøi et al., 2012; van Os & Reininghaus, 2016). Fenomenologiske karakteristikk ved AVH (Larøi et al., 2012) er blant annet at hallusinasjonene kan ha ulike lingvistiske egenskaper, for eksempel fra å høre ord til å høre hele setninger eller til og med hele samtaler. Frekvensen av AVH kan også variere, hvor noen opplever det eksempelvis én til to ganger i uken, mens andre har kontinuerlige AVH. Videre blir det ofte beskrevet en bestemt lokalisering av stemmene, hvor individet opplever at stemmene kommer fra bestemte steder, for eksempel inne i eller utenfor hodet. En annen karakteristikk ved AVH er kontrollerbarhet, hvor noen personer opplever lite kontroll over stemmene, noe som ofte medfører økt ubehag. Innholdet i AVH kan variere, det kan bestå av kommandoer, fornærmelser, eller skjellsord, men stemmene kan også være positive eller nøytrale. Innholdet kan også ha ulike grammatiske karakteristikk, hvor noen stemmer oppleves som rent

deskriptive, mens andre kan oppleves i andre- (du) eller tredjeperson (han/hun).

Personifisering av stemmene er vanlig, det vil si at stemmene ofte tilskrives en ekte person eller en karakter. Videre kan hørselshallusinasjonene tolkes på ulike måter, hvor noen tolker det som selvet (jeg hører min egen stemme), mens andre tolker det som andre (jeg hører noen andre snakke til meg), mens andre igjen ikke identifiserer en spesifikk kilde. Utover dette kan AVH også tolkes som å ha en bestemt hensikt eller intensjon (eksempelvis å skade individet; Larøi et al., 2012). Det er altså en rekke varierende fenomenologiske karakteristikk ved AVH, og AVH kan derfor anses som et heterogent fenomen.

Kognitive modeller brukes ofte for å forklare AVH. Brewin (1988, s. 4) påpekte at kognitive modeller er svært mangfoldige, men at de som oftest deler ideen om at personers respons på hendelser blir påvirket av deres tolkninger eller antakelser. Modeller som ser på årsaker til AVH har blant annet fokusert på hvordan AVH oppstår grunnet feilaktige perseptuelle- og kognitive top-down prosesser (Beck & Rector, 2005; Waters et al., 2012). Et eksempel på dette er at AVH kan oppstå når man feilaktig tilskriver det som i utgangspunktet er egen indre tale til en ytre kilde, og dermed opplever at man hører en eller flere stemmer (Waters et al., 2012). Begrepet indre tale defineres på ulike måter, men kan forstås som noe som befinner seg i grenselandet mellom tanke og språk (Jones & Fernyhough, 2007). I en annen kognitiv tilnærming, viste Chadwick og Birchwood (1994) at AVH i seg selv ikke medfører emosjonelt ubehag, men at tolkningen av stemmene skaper og opprettholder det emosjonelle ubehaget og den problematiske atferden assosiert med AVH. Denne tilnærmingen har ikke fokus på hva som forårsaker AVH, slik som andre kognitive modeller har (Beck & Rector, 2005; Waters et al., 2012), men heller på selve opplevelsen av AVH. Det positive med en slik modell er at den retter fokus mot faktorer som gjør at AVH for noen oppleves negativt, mens det for andre ikke oppleves slik (Birchwood & Chadwick,

1997). Det kan med andre ord tenkes at enkelte tolker AVH på en måte som medfører et betydelig emosjonelt ubehag.

AVH i den kliniske befolkningen

Tradisjonelt sett har AVH blitt forbundet med psykoselidelser (Daalman et al., 2011). Psykoselidelser er en fellesbetegnelse som blant annet omfatter diagnosene schizofreni, schizoaffektiv lidelse og vrangforestillingslidelse («delusional disorder»; 5th ed., *DSM-V*; American Psychiatric Association, 2013). Psykoselidelser defineres i *DSM-V* som en gruppe lidelser som involverer et av følgende symptomer: vrangforestillinger (fastlåste antakelser om verden som ikke endres til tross for motstridende bevis), en desorganisert tankegang (som gjør seg gjeldende i desorganisert tale), betydelig abnormal motorisk atferd (inkludert katatoni), negative symptomer (eksempelvis nedsatt emosjonelt uttrykk), i tillegg til hallusinasjoner av ulik art, og heriblant AVH (5th ed., *DSM-V*; American Psychiatric Association, 2013). Tilstedeværelsen av AVH er et tungtveiende argument for å sette en schizofrenidiagnose, og det kan i noen tilfeller være tilstrekkelig for å sette diagnosen. Eksempelvis dersom en person, i over en måned, enten har hørt en stemme som løpende kommenterer atferd eller tanker, eller flere stemmer som snakker sammen. AVH må imidlertid være kombinert med sosial eller yrkesmessig dysfunksjon for at diagnosen kan settes (5th ed., *DSM-V*; American Psychiatric Association, 2013).

En annen sentral faktor ved schizofreni og andre psykoselidelser er at de kan betegnes som dynamiske prosesser som utvikles i faser (McGuire & Dixon, 2000). En anser overgangen fra frisk til psykotisk som en glidende overgang som ikke skjer over natten. Premorbid fase er en betegnelse på tiden før sykdommen bryter ut. Den første fasen i en psykoseutvikling kalles ofte prodromalfasen, og innebærer at en kan se de første tegnene på sykdom. Ofte handler disse symptomene om at personen har følelsesmessige vansker, som depresjon, angst eller sosial isolasjon. Dersom en beveger seg videre fra dette forstadiet, går

en over i selve psykosefasen, der personen gradvis opplever at han/hun mister grepet på virkeligheten, samt kan føle at personligheten går i oppløsning (Helsedirektoratet, 2013). Perioden hvor en psykoselidelse er i bedring kalles remisjonsfasen. I en slik fase er psykosesymptomene på et slikt nivå at individets funksjonsevne ikke lenger er svekket som følge av psykosesymptomene (Helsedirektoratet, 2013).

AVH er imidlertid ikke et fenomen som kun oppstår ved psykoselidelse. Andre psykopatologiske lidelser som kan omfatte AVH er affektive lidelser, post-traumatisk stresslidelse (PTSD), rusmiddelavhengighet, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og nevrologiske lidelser, som demens, parkinsons sykdom, eller epilepsi (Larøi, 2012). AVH er således transdiagnostisk, ved at det oppstår på tvers av ulike diagnostiske kategorier. Det har videre blitt foreslått at innholdet i AVH er relatert til tankemønsteret hos den som opplever fenomenet (McCarthy-Jones et al., 2014). En har i den forbindelse funnet at AVH hos mennesker med depressiv lidelse, ofte er relatert til negative automatiske tanker (Smith et al., 2006), mens AVH som oppleves i forbindelse med PTSD kan ha en traumerelatert karakter (Steel, Fowler & Holmes, 2005). Det har derfor blitt foreslått å rangere AVH inn i ulike subgrupper (Garwood, Dodgson, Bruce, & McCarthy-Jones, 2015; McCarthy-Jones et al., 2014; Smailes, Alderson-Day, Fernyhough, McCarthy-Jones & Dodgson, 2015). Begrunnelsen for dette er at inndelingen kan forbedre forståelsen av bakenforliggende årsaker til AVH, samt forbedre kliniske intervensjoner (McCarthy-Jones et al., 2014). Oppsummert viser slike funn at AVH ikke bare oppleves av mennesker med psykoselidelse, og at innholdet ofte er knyttet til individuelle tankemønstre innenfor lidelsen. På denne måten ser man at AVH er et heterogent fenomen, så vel som at det er transdiagnostisk.

AVH i den generelle befolkningen

AVH er imidlertid mer enn et transdiagnostisk fenomen. Studier har vist at AVH også er til stede i en minoritet av ellers friske personer i befolkningen (Beavan et al., 2011; Linscott & van Os, 2013). de Leede-Smith og Barkus (2013) fant at en betydelig andel av friske individer opplever AVH i løpet av livet, deriblant i perioder med sorg, men også i andre forbigående perioder i barndom eller ungdomstid. Friske individer som opplever AVH har vist seg å være komplisert å definere, og forskere har benyttet en rekke ulike definisjoner. Begrepet «friske stemmehørere» har blitt brukt for å beskrive individer som erfarer vedvarende AVH, men som ikke har behov for klinisk behandling og som ikke opplever det samme betydelige emosjonelle ubehaget som den kliniske gruppen rapporterer (Baumeister, Sedgwick, Howes og Peters, 2017). Andre forskere har understreket betydningen av funksjonsnivå, og argumentert for at velfungerende individer som hører stemmer ikke nødvendigvis bør få en klinisk diagnose (Daalman et al., 2011; Sommer et al., 2010). Ingen definisjoner er imidlertid komplett. I denne studien benyttes derfor begrepet «friske stemmehørere» om voksne individer som erfarer vedvarende AVH, men som ikke har behov for klinisk behandling som følge av AVH og som ikke opplever et betydelig emosjonelt ubehag på grunn av AVH. De har heller ikke en klinisk diagnose, og i tillegg opplever de ikke forstyrrelser i det daglige funksjonsnivået som følger av AVH.

Flere forskere har undersøkt prevalensen av AVH i den generelle befolkningen (Beavan et al., 2011; Linscott & van Os, 2013). Det er imidlertid stor variasjon i hvordan fenomenet har blitt undersøkt, noe som gjør det vanskelig å tallfeste prevalens. Dette handler blant annet om bruk av ulike måleinstrument, definisjoner, og tidsperspektiv i studiene. I en metaanalyse (Linscott & van Os, 2013) av epidemiologiske studier, ble det anslått at rundt 7.2 % i den generelle befolkningen rapporterte om psykotiske opplevelser. Her ble psykotiske opplevelser definert som hallusinasjoner og vrangforestillinger, hvor bare noen av de

epidemiologiske studiene kun undersøkte AVH. Det ble videre estimert en median prevalens av hallusinasjoner på 6 %. Blant de som hadde psykotiske opplevelser, var det kun 7.4 % som utviklet en psykoselidelse (Linscott & van Os, 2013). Funnene her viste dermed et tydelig skille mellom psykotiske opplevelser og psykoselidelse, hvor de fleste i utvalget ikke utviklet en lidelse til tross for at de rapporterte om psykotiske opplevelser. En begrensning ved studien er at AVH ikke ble undersøkt i seg selv, men kun under fellesbegrepet «hallusinasjoner».

Beavan et al. (2011) fant en større variasjon av AVH i normalbefolkningen. De undersøkte prevalensen av AVH i en litteraturgjennomgang av 17 studier fra ni forskjellige land. De kom frem til at det var forskjeller i hvordan AVH ble definert og studert, og at prevalensen derfor varierte fra 0.6 til 84 %, med en median prevalens på 5 til 15 %. Da de derimot tok i bruk en strengere definisjon, hvor AVH ble definert som å høre stemmer uten en ytre stimulus, i en våken og bevisst tilstand, fant de at det var mellom 2 og 4 % av befolkningen som opplevde AVH. Dette i kontrast til en bredere definisjon hvor blant annet rusmiddelinduserte hallusinasjoner, og feiltolkning av å høre sin egen stemme i offentligheten, ble inkludert. Det sistnevnte er noe forskerne fant at de fleste mennesker har opplevd. Prevalens av AVH i normalbefolkningen så derfor ut til å avhenge av definisjonen en tok utgangspunkt i. I flere av studiene i litteraturgjennomgangen var det et mindretall av stemmehørere som opplevde emosjonelt ubehag og svekkelse i funksjonsnivå grunnet AVH, eller hadde en psykoselidelse (Beavan et al., 2011). Funnene viste dermed til et flertall av friske stemmehørere i befolkningen.

I en norsk epidemiologisk studie fant en at 7.3 % av utvalget rapporterte en livstidsprevalens for AVH (Kråkvik et al., 2015). Her ble stemmehørere identifisert ved å blant annet svare bekreftende på spørsmål fra Launay Slade Hallucinations Scale (LSHS; Launay & Slade, 1981). Et eksempel på spørsmål som ble brukt er om man ofte hører en

stemme som sier ens tanker høyt (Launay & Slade, 1981). Friske stemmehørere ble skilt fra kliniske stemmehørere ut i fra hvem som søkte profesjonell hjelp for AVH. En fant at kun 16 % av de som opplevde AVH i den generelle befolkningen, søkte profesjonell hjelp for dette (Kråkvik et al., 2015).

Det er altså flere studier som har konkludert med at fenomenet AVH oppstår i den generelle befolkningen. Dette peker i retning av at AVH ikke nødvendigvis er et patologisk fenomen. Funnene kan også indikere at flertallet av stemmehørere i befolkningen er såkalte friske stemmehørere (Beavan et al, 2011; Kråkvik et al., 2015; Linscott & van Os, 2013).

Å forstå AVH ut i fra en enkelt-symptom tilnærming

På bakgrunn av overnevnte forskningsfunn kan AVH anses som et fenomen som oppstår på tvers av og uavhengig av diagnostiske kategorier, så vel som i den friske befolkningen. Det kan derfor være interessant å studere AVH som et isolert fenomen. Tradisjonelt har man ofte satt AVH inn i en kategorisk modell, hvor AVH først og fremst er ansett som symptom på psykisk lidelse, særlig knyttet til schizofreni (Baumeister et al., 2017; Schneider, 1959). Persons (1986) og Costello (1992) argumenterte imidlertid for en såkalt enkelt-symptom tilnærming, hvor en retter fokus mot enkelt-symptomer heller enn generelle diagnostiske kategorier. De trakk frem en rekke fordeler med denne tilnærmingen fremfor en kategorisk tilnærming. Den kan være mer hensiktsmessig i de tilfeller hvor diagnostiske kategorier er svært heterogene. Diagnosen schizofreni er et eksempel på en heterogen diagnose, ved at det innen en gitt pasientgruppe er en stor variasjon i hvordan lidelsen utarter seg. Med en enkelt-symptom tilnærming kan man fange opp viktige fenomen som ville blitt oversett ved å ha et overordnet fokus på diagnose.

Et annet argument for enkelt-symptom tilnærmingen er at den åpner for bedre utvikling av teorier for psykologiske prosesser som skaper enkelt-symptomer innen psykoselidelser. Fokus på diagnostiske kategorier kan vanskeliggjøre dette. Det vil være

enklere å utarbeide hypoteser om ett psykologisk fenomen, fremfor hypoteser om en psykologisk mekanisme som forklarer mange eller alle symptomene innen psykoselidelse. Utover dette gjenkjenner enkelt-symptom tilnærmingen at psykologiske symptomer trolig er bedre å anse som kontinuerlige med ikke-patologiske fenomen, noe en kategorisk tilnærming tradisjonelt ikke har gjort (Persons, 1986). Tilnærmingen gjør at man kan identifisere kontinuiteten mellom kliniske symptomer og normalpsykologiske fenomen, heller enn å vurdere dem som totalt distinkte.

Studiet av AVH som et psykologisk fenomen på tvers av og uavhengig av diagnostiske kategorier, har stimulert til nyere teoretiske forståelser av AVH. Endringen fra diagnostisk-til enkelt-symptomfokuserende tilnærminger har blant annet ført til det nyere fokuset på AVH i den friske befolkningen (Baumeister et al., 2017). Prevalensen av AVH i den generelle befolkningen støtter tanken om at det å høre stemmer ikke er et patologisk fenomen i seg selv (Beavan et al., 2011). AVH kan da tenkes å ligge på et kontinuum som strekker seg fra et normalt fenomen til et klinisk fenomen (Baumeister et al., 2017). De senere årene har det blitt en økende trend å forstå AVH og andre psykotiske symptomer i lys av ulike typer kontinuum-modeller (Baumeister et al., 2017). Eksempelvis foreslo van Os og Reininghaus (2016) et transdiagnostisk psykospektrum der psykotiske symptomer i den generelle befolkningen både er på samme kontinuum som symptomene i psykoselidelser, men der symptomene også kan opptre uavhengig av dette. Når det gjelder AVH hos friske stemmehørere vil det si at på den ene siden representerer det subkliniske symptomer på psykose, mens på den andre siden kan det opptre som en del av normale individuelle forskjeller. Enkelte funn har vist at en mindre andel av friske stemmehørere utviklet psykoselidelse etter noen år (Daalman et al., 2016). Daalman, Diederik, Hoekema, van Lutterveld og Sommer (2016) fant at 39.5 % av en gruppe med friske stemmehørere hadde utviklet et behov for klinisk behandling (inkludert 6.2 % av utvalget som hadde utviklet en psykoselidelse) i løpet av en fem års

oppfølgingsstudie. Studien viser at årsaksforløpet er komplisert, ved at noen personer utvikler psykoselidelse som følge av AVH, mens andre ikke gjør det. Dette kan peke i retning av at andre faktorer enn AVH i seg selv kan påvirke utviklingen av en psykoselidelse.

Enkelt-symptom tilnærmingen har bidratt til kunnskapen om at AVH kan oppstå på et kontinuum, og at det ikke nødvendigvis er et symptom på psykisk lidelse. Et slikt perspektiv på AVH kan bidra til normalisering og bekjempelse av stigma knyttet til AVH (Brett, Heriot-Maitland, McGuire & Peters, 2014). På grunnlag av slike fordeler, kan det være nyttig å undersøke AVH både i den kliniske og friske befolkningen.

Likheter og forskjeller mellom kliniske og friske stemmehørere

De senere årene har forskere undersøkt AVH ved å sammenligne kliniske og friske stemmehørere. Ved å se på likheter og forskjeller mellom de to gruppene kan det opparbeides en bedre forståelse av AVH. I tillegg kan forskning på friske stemmehørere ha verdi for behandling av AVH i kliniske populasjoner (Baumeister, 2017). Studiet av likheter mellom gruppene kan gi en bedre forståelse av om det er snakk om det samme fenomenet som oppstår i de to gruppene. Dersom det er snakk om samme fenomen kan dette støtte antakelsen om at AVH i seg selv ikke nødvendigvis er en indikasjon på psykoselidelse, men at det er andre faktorer som påvirker utviklingen av psykoselidelsen. Det er derfor verdifullt å undersøke om momentene som skiller gruppene kan ha betydning for utvikling av psykoselidelse i den kliniske gruppen. Med andre ord, om det er noen faktorer som beskytter friske stemmehørere fra å utvikle psykoselidelse, og om disse kan bistå eller inkorporeres i fremtidige behandlingsprinsipper for kliniske stemmehørere.

De få studiene som er gjort innen feltet har funnet enkelte likheter og forskjeller mellom gruppene. Det er flere funn som indikerer at de to gruppene er lik når det gjelder egenskaper ved stemmene, eksempelvis den subjektive opplevelsen av volumet på stemmene, antall stemmer, personifisering av stemmene, og lokaliseringen av stemmene. Begge grupper

har opplevd at stemmene er noe svakere i volum enn egen stemme og at man hører mellom syv og 12 stemmer (Daalman et al., 2011). I tillegg er stemmene blitt tolket som å tilhøre en ekte person eller karakter (Daalman et al., 2011; Kråkvik et al., 2015). Begge gruppene har også rapportert at noen av stemmene tilhører personer de kjenner (Daalman et al., 2011). Videre er stemmene hørt i hodet, med litt avstand fra kroppen hos friske, og nær øret hos kliniske stemmehørere (Daalman et al., 2011). Risikofaktorer for utvikling av AVH, som for eksempel traumer, er også funnet å være en likhet mellom de to gruppene, hvor det ikke er funnet signifikant forskjell i traumeeksponering mellom dem (Daalman et al., 2011; Peters et al., 2016).

Som nevnt kan studier av forskjeller mellom de kliniske og friske stemmehørere blant annet bidra til økt kunnskap om egnede behandlingsmetoder for kliniske stemmehørere. En forskjell som har blitt funnet er at friske stemmehørere er yngre enn kliniske stemmehørere første gang de hører stemmer (Daalman et al., 2011; Peters et al., 2016; Powers, Kelly & Corlett, 2017). Eksempelvis fant Daalman et al. (2011) en aldersforskjell på ni år mellom gruppene. Friske stemmehørere var i gjennomsnitt 12 år første gang de hørte stemmer, mens gjennomsnittet for kliniske stemmehørere var 21 år. Aldersforskjellen mellom gruppene har blitt tolket som et mulig tegn på ulik etiologi av AVH hos de to gruppene, men det trengs mer forskning for å kunne trekke slutninger om dette (Daalman et al., 2011). Sosial støtte synes også å føre til forskjeller, ved at friske stemmehørere opplever å bli møtt med mer forståelse og støtte (Brett et al., 2014). For eksempel viser funn at de har blitt møtt med mer positive reaksjoner første gang de fortalte noen om stemmene (Powers et al., 2017). AVH hos kliniske stemmehørere har også blitt assosiert med lavere funksjonsnivå, samt forstyrrelser i selvpålevelse og identitet, noe som ikke er funnet hos friske stemmehørere (Johns et al., 2014). Andre funn har vist at kliniske stemmehørere har økt tendens til emosjonelle vansker i form av depresjon og angst (Peters et al., 2016). Kliniske stemmehørere ser også ut til å

oppleve AVH noe mer frekvent enn friske stemmehørere (Daalman et al., 2011; Kråkvik et al., 2015). Daalman et al. (2011) fant at kliniske stemmehørere opplevde én AVH i timen, mens friske stemmehørere opplevde én AVH hver tredje dag (Daalman et al., 2011). Det foreligger altså forskjeller mellom kliniske og friske stemmehørere på flere nivå. Dette gjelder både i den sosiale konteksten rundt individet, men også på et individuelt nivå, som ved stemmenes karakteristikk.

Det er også funnet signifikante forskjeller når det gjelder emosjonelt innhold i hallusinasjonene mellom gruppene (Daalman et al., 2011). Det ble funnet at en negativ emosjonell valør i innholdet av hørselshallusinasjonene kunne predikere tilstedeværelsen av en psykoselidelse hos 88 % av deltakerne. En fant også en tydelig kobling mellom friske stemmehørere og en mer positivt og/eller mer nøytral valør i stemmene, sammenlignet med kliniske stemmehørere. I den samme studien fant en også at friske stemmehørere rapporterte å oppleve større kontroll over stemmene, enn det den kliniske gruppen gjorde (Daalman et al., 2011). Flere studier viser til lignende funn (Kråkvik et al., 2015; Peters et al., 2016; Powers et al., 2017). Slike funn av forskjeller mellom gruppene kan bidra til bedre diagnostisering av psykoselidelse, ved å tydeliggjøre forskjellene mellom friske og syke individer. Funnene kan i så måte bidra til å gi klinikeren et varsel ved diagnostisering av psykoselidelse (Daalman et al., 2011).

Hva skaper et behov for behandling?

Det er tatt til orde for at det er tolkning av og respons på AVH som skaper et behov for klinisk behandling, og at det ikke er opplevelsen av AVH i seg selv som skaper dette behovet (Brett et al., 2014; Chadwick & Birchwood, 1994; Sorrell, Hayward & Meddings, 2010). I den kognitive modellen til Chadwick og Birchwood (1994) ansees en persons tolkninger av og respons på AVH som utslagsgivende for emosjonelt ubehag og lidelse. Emosjonelt ubehag («distress») kan defineres som «trussel-emosjoner» som frykt, sinne, skam og angst (Freeman

& Garety, 2003). Brett et al. (2014) fant i et utvalg med en klinisk- og en frisk populasjon at psykoselignende symptomer i seg selv ikke skapte et emosjonelt ubehag, men at ubehaget var knyttet til hvordan individet responderte på, og tolket symptomene. Med andre ord kan det tenkes at AVH i seg selv ikke medfører psykoselidelse, men at det er de maladaptive antakelsene knyttet til AVH som er utslagsgivende for emosjonelt ubehag, og dermed for et behov for behandling. Dette står i samsvar med Daalman et al. (2016) sine funn, i en fem års oppfølgingsstudie av friske stemmehørere, hvor det var det emosjonelle ubehaget knyttet til stemmene som predikerte et behov for klinisk behandling.

I sin kognitive tilnærming til AVH, viste Chadwick & Birchwood (1994) at graden av frykt og lydighet til stemmen er påvirket av antakelser om stemmen som mektig, ondsinnet og autoritær. Det kan for eksempel være frykt knyttet til antakelsen om at en stemme kommer fra en ondsinnet og hevngjerrig demon, og de fryktede konsekvensene av å ikke adlyde demonen (Chadwick & Birchwood, 1994). Birchwood, Meaden, Trower, Gilbert og Plaistow (2000) har videre foreslått at forholdet som er preget av makt og underdanighet til stemmen, speiler forholdet personen har til signifikante personer ellers i livet sitt. Ved å sammenligne kliniske og friske stemmehørere, viste Sorrell et al. (2010) til funn som samsvarer med Chadwick & Birchwood (1994) sin kognitive modell. Blant kliniske stemmehørere var emosjonelt ubehag knyttet til hvorvidt stemmene ble tolket som dominerende, påtrengende, omnipotente (allmektige) og ondsinnede. Ubehag var også assosiert med forsøket på å holde stemmene på avstand. Friske stemmehørere tolket derimot stemmene som mindre dominerende, påtrengende, omnipotente, samt mindre ondsinnede. De friske stemmehørerne relaterte seg til stemmene med mindre avstand, og tolket stemmene som mer vennligsinnet. De opplevde også betydelig mindre emosjonelt ubehag, sammenlignet med den kliniske gruppen.

Det ser altså ut til at tolkninger stemmehørere har om AVH, i tillegg til hvordan de relaterer seg til AVH, er sentralt for hvorvidt de opplever ubehag og dermed har et behov for behandling. Videre kan det å undersøke hvorfor noen personer opplever AVH som emosjonelt ubehagelig mens andre opplever det mer positivt, være viktig for å kunne fremme behandling rettet mot reduksjon av emosjonelt ubehag og dermed også lidelse.

Beskyttelsesfaktorer

I lys av overnevnte forskningsfunn kan en snakke om mulige beskyttelsesfaktorer mot utvikling av negative emosjonelle opplevelser av AVH. I relasjon til psykisk lidelse er beskyttelsesfaktorer noe ved individet eller miljøet rundt som hindrer utviklingen av psykisk lidelse og fremmer psykisk helse. Et generelt eksempel på en faktor i individet er evnen til impuls kontroll, mens det i oppvekstmiljøet kan være tilstedeværelsen av en trygg tilknytningsperson (Werner, 2000, s.115-132). Resiliens er et begrep som ofte knyttes til beskyttelsesfaktorer i psykologisk forskning og kan betegnes som «de beskyttelsesfaktorer, prosesser og mekanismer som bidrar til et positivt utfall på tross av erfaringer med stressorer vist til å bære med seg signifikant risiko for utvikling av psykopatologi» (Hjemdal et al., 2006, s. 195). I så måte kan tilstedeværelsen av ulike beskyttelsesfaktorer kanskje representere et skille mellom kliniske og friske stemmehørere.

Det er blitt foreslått ulike individuelle beskyttelsesfaktorer som en mulig pekepinn på hvorfor friske stemmehørere har mindre grad av negativ opplevelse med AVH. En mulig beskyttelsesfaktor i møte med AVH kan være spiritualitet, definert i denne sammenheng som å ha et verdenssyn som overskrider det som kan forklares ut i fra fysikkens lover. Dette kan innebære å ha en «spirituell tolkning» av AVH (Peters et al., 2016; Powers et al., 2017), eksempelvis at man tolker at en stemme tilhører en engel. Spiritualitet er foreslått å beskytte på ulike måter. Det kan eksempelvis gi et rammeverk for å forstå stemmene, øke opplevelsen av eierskap og kontroll, i tillegg til å redusere emosjonelt ubehag (McCarthy-Jones, Waegeli

& Watkins, 2013). Det er også andre typer tolkninger av stemmene som medfører mindre emosjonelt ubehag. For eksempel tolkning av stemmen som vennligsinnet, i stedet for ondsinnet eller omnipotent, kan tenkes å være beskyttende (Sorrell et al., 2010). Et annet eksempel på en beskyttelsesfaktor kan være bruk av adaptive emosjonsreguleringsstrategier (Larøi, 2012). Emosjonell regulering kan anses som menneskers aktive forsøk på å håndtere ens emosjonelle tilstand (Koole, 2009). Studier har vist at pasienter med psykoselidelse tenderer til å bruke undertrykkelse oftere og revurderende strategier sjeldnere enn friske kontrollpersoner (van der Meer, van't Wout & Aleman, 2009). En annen studie fant at bruken av undertrykkelse blant pasienter med schizofreni korrelerte positivt med alvorlighetsgraden av AVH (frekvens, varighet, volum; Badcock, Paulik og Maybery, 2011). Kråkvik et al. (2015) fant at stemmehørere med et behov for behandling forsøkte å enten aktivt ignorere stemmene, forstå stemmene eller krangle med dem. Dette i motsetning til stemmehørere uten behov for behandling, som ikke prøvde å ignorere eller gjøre noe i møte med stemmene. Resultatene fra studien kan indikere at friske stemmehørere har en mer aksepterende holdning til stemmene sine enn hva den hjelpesøkende gruppen har. I den forbindelse kan aksept være en mulig beskyttelsesfaktor. Ford, Lam, John og Mauss (2017) fant i sin studie at aksept var knyttet til færre negative emosjonelle responser i møte med stressorer. Dette ble tolket som at dømmende respons mot en negativ mental opplevelse, fører til forverring av den negative emosjonelle opplevelsen. Aksept vil derimot hindre dette, og føre til færre negative emosjoner i møte med stressorer, noe som igjen vil fremme psykisk helse (Ford et al., 2017).

På bakgrunn av de nevnte studiene fremstår det som at det er flere forskjeller mellom kliniske og friske stemmehørere som kan utgjøre mulige beskyttelsesfaktorer mot emosjonelt ubehag. På den ene siden kan spiritualitet se ut til å beskytte, mens på den andre siden kan liten grad av reaksjon på stemmene være en beskyttelsesfaktor. Hvordan ulike faktorer

beskytter individet i møte med AVH ser ut til å være komplekst. Et fåtall av studiene har hatt et eksplisitt fokus på beskyttelsesfaktorer i møte med AVH, og det tenkes derfor å være behov for flere studier med slikt fokus.

Selvmedfølelse som mulig beskyttelsesfaktor

En annen variabel som kan ha innvirkning på emosjonsregulering og som kan tenkes å fungere som en mulig beskyttelsesfaktor i møte med AVH, er *selvmedfølelse*. Dette er et konsept som opprinnelig er hentet fra buddhistisk filosofi (Neff, 2003a). Det er relativt nytt i vestlig psykologi, selv om det kan relateres til andre vestlige psykologiske konsepter. Selvmedfølelse har tidligere blitt foreslått å henge sammen med resiliens i det at det tenkes å fremme psykologisk velvære, og at det kan fungere som en buffer mot negative livshendelser (Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock, 2007). Selvmedfølelse innebærer å ha en vennlig, medfølelse og aksepterende innstilling til egne tanker, følelser og lidelser, uten å unngå eller distansere seg fra det (Neff, 2003a). Det består av tre dimensjoner: 1) Selvvennlighet; det å være snill og forståelsesfull mot seg selv når man opplever smerte eller motgang, fremfor å være selvførdømmende, 2) Fellesmenneskelighet; å se sin egen erfaring som en del av den større menneskelige erfaringen, heller enn å se den som separerende og isolerende, og 3) Mindfulness; en bevissthetstilstand hvor en inntar en ikke-dømmende holdning til tanker og følelser uten å forsøke å endre dem eller skyve dem vekk, fremfor å overidentifisere seg med dem (Neff, 2003a). Med selvmedfølelse integreres det som i utgangspunktet er selvstendige dimensjoner i et felles konsept. Den tredje dimensjonen i selvmedfølelse, Mindfulness, er i tillegg et eget konsept som det har blitt viet stor interesse til, både som et psykologisk konstrukt og som en form for klinisk intervensjon (Keng, Smoski & Robins, 2011)

Forskning på selvmedfølelse har vist en lovende negativ assosiasjon mellom selvmedfølelse og psykopatologi generelt (Eicher, Davis & Lysaker, 2013). Enkelte studier

har også funnet indikasjoner på at selvmedfølelse kan ha en positiv effekt for mennesker med psykoselidelse (Connor & Birchwood, 2013; Dudley, Eames, Mulligan, & Fisher, 2017; Eicher et al., 2013; Mayhew & Gilbert, 2008; Waite, Knight & Lee, 2015). Betydningen av selvmedfølelse ved psykoselidelser er imidlertid et relativt nytt forskningsfelt hvor det per i dag foreligger få studier (Eicher et al., 2013). Gumley, Braehler, Laithwaite, MacBeth og Gilbert (2010) foreslo muligheten for at selvmedfølelse kan redusere oppfattet trussel og forsterke trygghetsfølelse når individet opplever psykose. Dette kan sees i sammenheng med at mennesker fra evolusjonen har utviklet et innebygd «beroligende» system («soothing system») for å hankses med opplevde farer, og som tenkes å regulere trusselsystemet (Mayhew & Gilbert, 2008). Gilbert (2009) hevder at selvmedfølelse kan aktivere dette systemet.

Selvmedfølelse er et konsept som ofte har blitt implementert i behandling av det transdiagnostiske fenomenet skam (Gilbert & Procter, 2006). Skam er en følelse som har blitt knyttet til psykoselidelser og AVH (McCarthy-Jones, 2017; Turner, Bernard, Birchwood, Jackson & Jones, 2013; Waite et al., 2015), blant annet på grunn av effekten det alvorlige sosiale stigmaet knyttet til lidelsen har på personer (Waite et al., 2015). Det er også funnet at 60 % av stemmene som personer med psykoselidelse hører innebærer følelser av skam og skyld (Corstens & Longden, 2013). McCarthy-Jones (2017) mente at det er en sterk assosiasjon mellom AVH og skam hos psykosepasienter, og argumenterte for at psykologisk behandling som reduserer skam dermed også vil medføre en bedring i opplevelsen av AVH. I denne forbindelse nevnte han Compassion-Focused Therapy (CFT). CFT har et eksplisitt fokus på skam og selvmedfølelse, og bygger på ideen om at personer som opplever mye skam har vansker med selvmedfølelse og å trygge seg selv (Gilbert, 2010). Det finnes også andre terapiformer med fokus på selvmedfølelse, for eksempel Mindful Self-Compassion (MSC),

som baserer seg på å øke selvmedfølelse gjennom å lære teknikker basert på selvmedfølelse (Neff & Germer, 2013).

Compassionate mind training (CMT) er en teknikk som brukes innen CFT, og er opprinnelig utviklet for mennesker med høy grad av skam og selvkritikk (Gilbert & Procter, 2006). Mayhew og Gilbert (2008) undersøkte hvordan behandling med CMT av stemmehørere med schizofreni påvirket deres fiendtlige stemmer. I denne studien ble CMT brukt som en spesifikk intervensjon for å stimulere selvmedfølelse og dermed det beroligende systemet. Deltakerne ble bedt om å fylle ut seks spørreskjemaer, blant annet spørreskjemaer hvor de målte grad av selvmedfølelse, i tillegg til hvordan AVH ble tolket av deltakerne. Spørreskjemaene ble utfylt før og etter CMT, samt ved en oppfølging etter seks måneder. I tillegg hadde deltakerne en ukentlig dagbok hvor de registrerte stemmeaktivitet og selvkritiske- og selvmedfølelende tanker. Det var syv potensielle deltakere som møtte kriteriene for schizofreni og som opplevde fiendtlige AVH som samtykket til å delta. Derimot var det kun tre av disse som fullførte behandlingen, hvor frafallet for det meste skyldes en klinisk forverring. Behandlingen bestod av 12 ukentlige sesjoner på én time. Mayhew og Gilbert (2008) fant at CMT medførte at alle deltakerne opplevde AVH som mindre ondsinnet og forfølgende, og som mer betryggende. I tillegg viste deltakerne lavere symptomnivå på depresjon, angst, psykotisisme og paranoia (målt ved bruk av Symptom Checklist-90-Revidert). Det var imidlertid kun én av deltakerne som rapporterte en betydelig økning i selvmedfølelse. Dette kan gjerne sees i sammenheng med at alle deltakerne vurderte seg selv som svært selvmedfølelende ved første måling, mens de senere rapporterte at de ikke hadde forstått selvmedfølelse fullt ut før de deltok i CMT. Dette kom også til syne ved at to av deltakernes skårer på SCS ikke samsvarte med registreringene deres i dagbøkene. Studien hadde derimot begrensninger i form av et lite utvalg, høyt frafall, og et ukontrollert design. Funnene bør derfor tolkes med forsiktighet.

I en annen studie undersøkte Connor og Birchwood (2013) forbindelsen mellom selvkritiske tanker og en metakognitiv evne til å betrygge seg selv («self-reassuring capacity») blant 74 stemmehørere med psykoselidelse. Evnen til å betrygge seg selv anses her som nærliggende til selvmedfølelse, hvor begge konsepter innebærer å trygge seg selv fremfor å være selvkritisk, samt at begge innebærer elementer fra mindfulness; å frigjøre seg fra den kontinuerlige tankestrømmen. De fant at stemmehørerne som rapporterte selvkritiske tanker om selvhat og om å ikke være god nok, vurderte stemmene som mer mektig, sammenlignet med de andre deltakerne i studien. I tillegg knyttet stemmehørerne stemmene de hørte til mer intense emosjoner enn hva de andre deltakerne rapporterte. De fant også at evnen til å betrygge seg selv etter selvkritiske tanker, påvirket i hvilken grad en hørte stemmer som fremmet skamfølelse. Funnene kan tolkes som at evnen en har til å trygge seg selv bidrar både til at opplevelsen av AVH blir mindre skamfull, samt å påvirke innholdet i AVH i en positiv retning (Connor & Birchwood, 2013). Strategier som involverer en selvbetryggende og «mindful» holdning har derfor blitt foreslått som en beskyttende faktor når man opplever AVH. Studien undersøkte imidlertid kun et fenomen som her tolkes som nærliggende til selvmedfølelse, og hadde et relativt lavt antall deltakere, noe som gjør det vanskelig å trekke slutninger om studiens generaliserbarhet (Connor & Birchwood, 2013).

Ved å ta i bruk semistrukturerte intervju, utforsket Waite et al. (2015) recovery-prosessen for 10 deltakere som hadde opplevd positive psykosesyntomer (med oppstart minimum tre år før deltakelse i studien). Intervjuene var blant annet basert på temaer som selvmedfølelse og skam. Gjennom intervjuene fant de ut at måten deltakerne relaterte til seg selv på (intrapersonlig forhold) var avgjørende for bedringsprosessen av psykoselidelsen. Videre ble selvkritikk funnet å opprettholde ubehag ved psykose, mens selvmedfølelse fremmet bedring og vekst. Funnene støtter dermed selvmedfølelse som en sentral faktor for bedringsprosessen av psykose, her ut i fra mennesker med

psykoseproblematikk sitt perspektiv. På grunn av studiens kvalitative design er det derimot vanskelig å trekke slutninger om selvmedfølelse sin rolle i psykoseproblematikk til en generell befolkning, slik en kvantitativ analyse bedre tillater. Videre baserte studien seg på positive symptomer på psykose og ikke spesifikt AVH.

Forholdet mellom selvmedfølelse, symptomer på psykose og grad av innsikt har også blitt undersøkt. Eicher et al. (2013) gjennomførte en studie med 76 menn og 12 kvinner diagnostisert med en psykoselidelse. De fant at høy grad av selvmedfølelse blant deltakerne var knyttet til lav grad av flere psykosesymptomer, deriblant positive symptomer, emosjonelt ubehag, fiendtlighet og depresjon. I følge forskerne gir funnene indikasjon på at selvmedfølelse sannsynligvis er en verdifull komponent i behandling for mennesker med psykoselidelser, særlig dem med høy grad av fiendtlighet og depresjon. De fant også en negativ korrelasjon mellom ansenhet og selvmedfølelse, noe som støtter den tidligere nevnte teorien om at selvmedfølelse kan aktivere menneskets antatte beroligende system. I tillegg fant forskerne en negativ korrelasjon mellom grad av innsikt i egen lidelse og selvmedfølelse, hvor høy grad av innsikt blant psykosepasientene var assosiert med lav selvmedfølelse. Dette ble tolket som at høyere grad av innsikt i egen lidelse kan bidra til at en også har mer nøyaktig innsikt i grad av, eller mangel på, selvmedfølelse. Oppsummert argumenterte de for at det kan være nyttig med intervensjoner rettet mot å øke selvmedfølelse, som eksempelvis den tidligere nevnte CFT (Gilbert, 2010). I likhet med Waite et al. (2015) baserte imidlertid også denne studien seg på positive symptomer på psykose og ikke spesifikt AVH.

Nylig undersøkte Dudley et al. (2017) assosiasjonen mellom mindfulness, selvmedfølelse og emosjonelt ubehag i forbindelse med AVH. De var også interessert i å undersøke hvordan en trygg tilknytningsstil var knyttet til disse faktorene. Det ble gjennomført en nettbasert spørreundersøkelse, hvor de benyttet måleinstrumenter som målte

selvmedfølelse, mindfulness, stemmenes alvorlighetsgrad, i tillegg til voksen tilknytning. Det var 128 stemmehørere som besvarte spørreundersøkelsen. Studien demonstrerte at det å ha en mindful holdning og høy grad av selvmedfølelse er positivt korrelert med hverandre og negativt korrelert med emosjonelt ubehag og alvorlighetsgrad av AVH (eksempelvis angående frekvens, negativt innhold og ettergivenhet for stemmene). Det ble funnet at selvmedfølelse signifikant kunne predikere mindre emosjonelt ubehag og lavere alvorlighetsgrad av AVH. I tillegg fant de at trygg tilknytning var positivt assosiert med selvmedfølelse. En begrensning ved denne studien er at de ikke skilte mellom kliniske og friske stemmehørere i analysene, men det nevnes at kun 52 % av deltakerne rapporterte å ha en psykosedidiagnose.

Den gjennomgåtte litteraturen peker i retning av at selvmedfølelse kan se ut til å ha en klinisk verdi for AVH og andre psykosesymptomer, hvor selvmedfølelse assosieres med færre positive symptomer, mindre emosjonelt ubehag, mer godartet innhold i hallusinasjonene, samt bedring og vekst fra psykoselidelsen. I lys av dette kan selvmedfølelse potensielt gjøre en psykologisk rustet i møte med AVH, og kan tenkes å fungere som en beskyttelsesfaktor. Imidlertid har ingen studier per i dag undersøkt selvmedfølelse som en variabel i sammenligningen mellom kliniske og friske stemmehørere, og eventuelt hvorvidt selvmedfølelse kan se ut til å ha forklaringskraft for noen av forskjellene mellom gruppene.

Det er for øvrig kun én av de tre dimensjonene i selvmedfølelsekonseptet som har blitt undersøkt i sammenligningen mellom kliniske og friske stemmehørere, nemlig Mindfulness. Peters et al. (2016) fant at friske stemmehørere hadde en mer mindful respons på AVH enn det kliniske stemmehørere hadde. Videre rapporterte friske stemmehørere også en mer mindful respons på potensielt ubehagelige indre hendelser enn selv det en frisk kontrollgruppe rapporterte. De foreslo dermed en mindful responsstil som en mulig beskyttelsesfaktor mot problematiske utfall av AVH. Som nevnt fant Dudley et al. (2017) at

mindfulness og selvmedfølelse er assosierte konsepter. Dette kan indikere at det kan være viktig å undersøke selvmedfølelse i sammenligningen mellom kliniske og friske stemmehørere.

Alle de tre dimensjonene av selvmedfølelse (Selv-vennlighet, Fellesmenneskelighet og Mindfulness) er som nevnt enda ikke studert ved sammenligning av kliniske og friske stemmehørere. Det kan være interessant å undersøke om Selv-vennlighet og Fellesmenneskelighet også kan utgjøre en forskjell mellom gruppene. Selvmedfølelse kan tenkes å være en viktig beskyttelsesfaktor, både i behandling av kliniske stemmehørere, men også for å forebygge at stemmehørere i faresonen utvikler en psykisk lidelse.

Oppsummering

Der en tidligere ofte så på AVH som et symptom på psykoselidelse, vet en nå at dette er et fenomen som oppstår både i den kliniske- og i den friske befolkningen. Sammenligningen av kliniske og friske stemmehørere har bidratt til mer kunnskap om individuelle beskyttelsesfaktorer. Studier fra de senere årene indikerer at tolkning og respons på stemmene påvirker hvorvidt en opplever et emosjonelt ubehag. Dette gjelder blant annet tolkningen av stemmene som omnipotente og ondsinnede versus vennligsinnede, om en aktivt forsøker å ignorere dem versus å akseptere dem, samt opplevd kontroll over stemmene. Det emosjonelle innholdet i stemmene utgjør en annen sentral forskjell mellom kliniske og friske stemmehørere, og ser ut til å kunne predikere tilstedeværelsen av psykoselidelse. Et fåtall studier med kliniske stemmehørere viser imidlertid at behandling med fokus på selvmedfølelse kan føre til en mer positiv valør av stemmene. Forskning på selvmedfølelse viser generelt en tendens mot at jo høyere selvmedfølelse en har, jo mindre ubehag opplever man knyttet til stemmene.

Formål og hypoteser

Det er som nevnt ingen studier som har undersøkt om kliniske og friske stemmehørere har ulik grad av selvmedfølelse. Formålet med denne studien er å finne indikasjoner på om selvmedfølelse kan være en mulig beskyttelsesfaktor for stemmehørere. Dersom dette er tilfellet, er det grunn til å anta at intervensjoner som tar sikte på å øke selvmedfølelse er viktig for å hindre emosjonelt ubehag og psykoselidelse. Det er også ønskelig å undersøke om de psykologiske konstruktene selvmedfølelse og resiliens kan være assosierte konstrukter. Videre er det ønskelig å undersøke forskjeller mellom kliniske og friske stemmehørere når det gjelder tolkning og respons på stemmene. Dette ved å sammenligne i hvilken grad de to gruppene tolker stemmene som ondsinnede, omnipotente og vennligsinne, i tillegg til hvor mye motstand til stemmene de rapporterer. På bakgrunn av tidligere studier forventer vi at kliniske stemmehørere vil tolke stemmene som mer ondsinnet, omnipotent og utøve mer motstand mot stemmene, sammenlignet med den friske gruppen. I tillegg forventer vi at kliniske stemmehørere vil rapportere å høre stemmer som har en mer negativ emosjonell valør, sammenlignet med friske stemmehørere som vi forventer vil rapportere om en mer positiv valør. Med vårt fokus på emosjonelt innhold, tolkning av AVH og hvordan en forholder seg til AVH, ønsker vi å bidra til den eksisterende kunnskapsbasen. Våre hypoteser var følgende:

- 1) Friske stemmehørere har høyere grad av selvmedfølelse sammenlignet med kliniske stemmehørere.
- 2) Kliniske stemmehørere tolker den dominante stemmen som mer ondsinnet, omnipotent, mindre vennligsinnet, i tillegg til at de responderer med økt motstand, sammenlignet med friske stemmehørere

3) Lavere grad av selvmedfølelse korrelerer med antakelser om den dominante stemmen som ondsinnet, og omnipotent, og mindre vennligsinnet, i tillegg til økt motstand mot den dominante stemmen.

4) Det vil være en korrelasjon mellom resiliens og selvmedfølelse.

5) Kliniske stemmehørere rapporterer stemmer som er mer negativt ladet enn hva de friske stemmehørere gjør. Friske stemmehørere rapporterer stemmer som er mer positivt ladet enn hva kliniske stemmehørere gjør.

Metode

Respondenter

Det deltok to grupper bestående av stemmehørere med diagnostisert psykisk lidelse (kliniske stemmehørere) og stemmehørere uten diagnostisert psykisk lidelse (friske stemmehørere) i studien. Det var totalt 2015 respondenter som åpnet internett-linken til spørreundersøkelsen og som aksepterte informert samtykke. Blant disse var det 12 respondenter som var under 18 år. De ble ekskludert fra utvalget da en måtte være 18 år eller eldre for å delta i undersøkelsen. Spørreundersøkelsen var inndelt i to deler, hvor andre del blant annet omhandlet spørsmål om hørselshallusinasjoner. Totalt 379 respondenter fullførte første del av undersøkelsen. Dersom respondenten ikke tilfredsstilte det første inklusjonskriteriet for å bli definert som stemmehører, ble ikke vedkommende sendt videre til andre del av undersøkelsen. Inklusjonskriterier som ble anvendt for å identifisere stemmehørere var inspirert av Daalman et al. sin studie fra 2011. Respondenter møtte inklusjonskriteriene dersom: (1) respondenten hører stemmer som er separate fra tanker, (2) respondenten hører stemmer flere ganger i året, (3) respondenten har ikke misbrukt rusmidler i minimum den siste måneden, og (4) respondenten har ikke en nevrologisk lidelse. For å tilfredsstille det første inklusjonskriteriet måtte respondenten ha en høy skåre («gjelder muligens meg» eller «gjelder helt sikkert meg») på minimum ett av tre spørsmål fra

Launay-Slade Hallucinatory Scale (LSHS; Launay & Slade, 1981). Dette gjaldt de følgende spørsmålene: «Jeg har opplevd å høre noen snakke for deretter å oppdage at det ikke var noen der», «Jeg hører ofte en stemme som sier tankene mine høyt», «Jeg har blitt plaget av å høre stemmer». LSHS er en skala som ofte anvendes for å måle hallusinatoriske opplevelser (Larøi, Marczewski & Van der Linden, 2004). Det var 82 respondenter som tilfredsstilte det første inklusjonskriteriet, og som dermed ble sendt videre til andre del av spørreundersøkelsen. Imidlertid ble 28 av disse respondentene ekskludert da de rapporterte å kun høre stemmer årlig eller sjeldnere. Videre ble én respondent ekskludert grunnet nevrologisk lidelse. Fire respondenter med hasj-/marihuana bruk ble vurdert til å beholdes i studien, da det ikke var kjent om rusmiddelbruken tilfredsstilte diagnosekriteriene for misbruk. I tillegg ble én respondent ekskludert grunnet validitetskriterier (se avsnitt om validitet). Det var totalt 52 respondenter som tilfredsstilte inklusjonskriteriene og ble identifisert som stemmehørere. Respondentene var i alderen 18 til 60 år. Demografiske detaljer er fremstilt i tabell 1.

Kriterier for å identifisere og skille friske stemmehørere fra kliniske stemmehørere var (1) har ikke hatt/har ikke en psykisk lidelse diagnostisert av psykiater/psykolog, og (2) har ikke tatt/tar ikke medisin mot psykiske plager (her medregnes ikke medisiner mot søvnvansker). Henholdsvis to spørsmål ble utformet basert på disse kriteriene. Det ble derimot ikke gjort et skille mellom kliniske og friske stemmehørere på bakgrunn av om de rapporterte at de tidligere hadde oppsøkt en helsefagarbeider grunnet psykiske plager. Det endelige utvalget bestod av 52 stemmehørere, med 23 kliniske og 29 friske stemmehørere. Blant de kliniske stemmehørerne var det ni respondenter som hadde psykotiske lidelser (schizofreni/psykose, og bipolar lidelse), og 14 respondenter som hadde andre lidelser (depresjon, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser).

Etikk

Forskningsprosjektet er godkjent og vurdert som etisk forsvarlig av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (se Appendiks A). Etter respondentene fikk lese en beskrivelse av studiet og ble informert om mulige fordeler og ulemper ved å delta, ble informert samtykke innhentet (se Appendiks C).

Materiale

Studien var en del av en større internettbasert spørreundersøkelse. Vi utformet egne hypoteser og valgte passende måleinstrumenter deretter. De følgende måleinstrumentene ble anvendt i dataanalysene:

The Self-Compassion Scale. Selvmødfølelse ble målt med The Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003b), som består av totalt 26 utsagn med en fem-punkts Likert-skala, rangert fra (1) nesten aldri, til (5) nesten alltid. SCS inneholder tre dimensjoner, fordelt i henholdsvis seks subskalaer; Selv-vennlighet versus Selvførdømmelse (eks. «Når jeg har det virkelig vanskelig, pleier jeg å kritisere meg selv»), Felles menneskelighet versus Isolasjon (eks. «Når jeg føler meg utilstrekkelig, prøver jeg å minne meg selv på at det er menneskelig å føle seg utilstrekkelig i blant») og Mindfulness versus Overidentifisering (eks. «Når noe gjør meg opprørt, prøver jeg å forholde meg til følelsene mine på en balansert måte»). Det er tre positive subskalaer: Selv-vennlighet, Felles menneskelighet, og Mindfulness, og tre negative subskalaer: Selvførdømmelse, Isolasjon, og Overidentifisering. Den totale selvmødfølelseskåren utregnes ved å reversere leddene på de negative skalaene. SCS er vist å ha gode psykometriske egenskaper, med en god test-retest reliabilitet ($r = .93$) og indre konsistens (Cronbach's $\alpha = .92$). Den indre konsistensen for de seks subskalaene ble også vist å være tilfredsstillende, henholdsvis for: Selv-vennlighet ($\alpha = .78$), Selvførdømmelse ($\alpha = .77$), Fellesmenneskelighet ($\alpha = .80$), Isolasjon ($\alpha = .79$), Mindfulness ($\alpha = .75$) og Overidentifisering ($\alpha = .81$; Neff, 2003b). I denne studien er den norske oversettelsen av

Dundas, Svendsen, Wiker, Granli, & Schanche (2016) brukt (se Appendiks D). Totalskåre og subskalaskårer ble anvendt i dataanalysene. I en innledende studie (Dundas et al., 2016) av den norske versjonen fant forfatterne en god indre konsistens mellom subskalaene (Cronbach's $\alpha = .91$) og for hver subskala: Selv-vennlighet ($\alpha = .79$), Selvførdømmelse ($\alpha = .80$), Fellesmenneskelighet ($\alpha = .80$), Isolasjon ($\alpha = .82$), Mindfulness ($\alpha = .75$), og Overidentifisering ($\alpha = .71$; Dundas et al., 2016). Blant psykometriske egenskaper i vårt utvalg ble det funnet en god indre konsistens mellom subskalaene (Cronbach's $\alpha = .92$) og for hver subskala: Selv-vennlighet ($\alpha = .90$), Selvførdømmelse ($\alpha = .86$), Fellesmenneskelighet ($\alpha = .81$), Isolasjon ($\alpha = .85$), Mindfulness ($\alpha = .76$), og Overidentifisering ($\alpha = .73$).

The Beliefs about Voices Questionnaire - Revised. For å undersøke respondentenes tolkning av AVH ble The Beliefs about Voices Questionnaire- Revised tatt i bruk (BAVQ-R; Chadwick, Lees & Birchwood, 2000). BAVQ-R er et selvrapporterings måleinstrument for individers antakelser om-, emosjoner knyttet til, og atferd relatert til opplevde hørselshallusinasjoner. Den innehar de tre følgende subskalaer knyttet til antakelser om den dominante stemmen: Ondsinnet (f.eks. «stemmen straffer meg for noe jeg har gjort»), Vennligsinnet (f.eks. «stemmen ønsker å beskytte meg») og Omnipotens (f.eks. «Stemmen får meg til å gjøre ting jeg ikke ønsker»). BAVQ-R omfatter også to subskalaer kalt Engasjement og Motstand som er utformet for å måle emosjonell og atferdsmessig reaksjon. Den består av totalt 35 utsagn som besvares i en fire-punkts Likert-skala, rangert fra (0) helt uenig til (3) helt enig. Skalaen er vist å ha god indre konsistens innad i subskalaene, henholdsvis for Ondsinnet ($\alpha = .84$), Vennligsinnet ($\alpha = .88$), Omnipotens ($\alpha = .74$), Motstand ($\alpha = .85$) og Engasjement ($\alpha = .87$; Chadwick et al., 2000). Måleinstrumentets subskala-skårer er anvendt i dataanalysene. Den norske versjonen av BAVQ-R som ble tatt i bruk (se Appendiks E) er utviklet av Widén (2000). Psykometriske egenskaper til den norske versjonen er ikke publisert. De psykometriske egenskapene i vårt utvalg viste en god indre

konsistens innad i subskalaene Ondsinnet ($\alpha = .84$), Vennligsinnet ($\alpha = .86$), Motstand ($\alpha = .88$) og Engasjement ($\alpha = .87$), med unntak av Omnipotens ($\alpha = .68$) som hadde en utilfredsstillende indre konsistens.

Resilience Scale for Adults. Resilience Scale for Adults (RSA; Hjerdal, Friborg, Martinussen & Rosenvinge, 2001; Hjerdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge & Martinussen, 2006) er en norsk utviklet skala som måler beskyttelsesfaktorer hos voksne (se Appendiks F). Totalt 33 utsagn besvares i en syv-punkts semantisk differensialskala, hvor hvert utsagn har et positivt og et negativt ytterpunkt (fra eksempelvis (1): «føler jeg meg helt rådvill» til (7): «finner jeg alltid en løsning»). Den består av seks subskalaer: Persepsjon av selv (eks. «når noe uforutsett skjer»), Fremtidsplaner (eks. «Planene mine for fremtiden er»), Sosial kompetanse (eks. «Jeg trives best»), Familiesamhold (eks. «I familien min er forståelsen av hva som er viktig i livet»), Sosiale ressurser (eks. «Samholdet mellom vennene mine») og Personlig struktur (eks. «Jeg fungerer best når jeg»). Skalaen er vist å ha god indre konsistens (Cronbach's $\alpha = .88$; Hjerdal et al., 2006), for subskalaene; Persepsjon av selv (Cronbach's $\alpha = .81$), Fremtidsplaner ($\alpha = .78$), Sosial kompetanse ($\alpha = .75$), Familiesamhold ($\alpha = .79$), Sosiale ressurser ($\alpha = .77$) og Personlig struktur ($\alpha = .67$). I vårt utvalg var det en god indre konsistens mellom subskalaene (Cronbach's $\alpha = .77$), og innad i subskalaene. Persepsjon av selv (Cronbach's $\alpha = .85$), Fremtidsplaner ($\alpha = .83$), Sosial kompetanse ($\alpha = .80$), Familiesamhold ($\alpha = .86$), Sosiale ressurser ($\alpha = .82$). Personlig struktur ($\alpha = .48$) hadde derimot en utilfredsstillende indre konsistens.

Emosjonell valør. For å undersøke hvorvidt respondentene opplever en negativ eller positiv valør i AVH ble det inkludert to spørsmål: «I hvilken grad er stemmene du hører negative?» og «I hvilken grad er stemmene du hører positive?». Spørsmålene besvares i en syv-punkts Likert-skala, fra (1) ikke negative/positive i det hele tatt, til (7) svært negative/positive.

Validitet

For å sikre studiens validitet ble respondentene stilt seks spørsmål basert på tre validitetskategorier: 1) tilfeldige svar, 2) uærlighet eller sosial ønskverdighet, og 3) simulering av psykose. To spørsmål ble laget for å skille ut respondenter som svarte tilfeldig på spørreundersøkelsen (1. «Vennligst kryss av Ja» og 2. «Vennligst kryss av 2-3 ganger i måneden»). Videre ble to påstander fra løgn-skalaen i Eysenck sin personlighetstest (EPQR-A; Eysenck & Eysenck, 1976) benyttet (1. «Alle vanene mine er ... 1 - veldig gode og ønskelige, til 7 - ekstremt dårlige» og 2. «Jeg har ... jukset i et spill ... 1 - aldri, til 7 - hver gang»). Påstandene ble selektert ut i fra en vurdering av hvilke påstander majoriteten av respondentene ville svare likt på. På denne måten kan en fange opp uærlige svar (Huang, Curran, Keeney, Poposki, & DeShon, 2012), og det kan i tillegg indikere en svarstil preget av sosial ønskverdighet. Ytterligere to spørsmål ble selektert fra Moritz, Van Queaquebeke, Lincoln, Köther og Andreaou (2013) sin løgnskala, som er spesielt utviklet for å identifisere respondenter med psykose. Spørsmålene handler om vanlige feiloppfatninger mennesker kan ha om psykose, hvor positivt svar kan indikere en lite reliabel responsstil eller en simulering av psykose (1. «Har du noen gang hatt hallusinasjoner, som å se hvite mus eller andre små dyr (insekter, kreps) ?» og 2. «Har du noen gang hatt hull i tidsoppfatningen din og følt at du var en annen person i mellomtiden?»; Moritz et al., 2013). Det ble kalkulert en global skåre av de seks validitetsspørsmålene. Terskelverdi ble satt til tre, da Moritz et al. (2013) viste til at det er akseptabelt å ha en viss toleranse overfor feil. Én respondent hadde tre av seks gale svar, og ble derfor ekskludert fra analysene.

Prosedyre

Datainnsamlingen foregikk i perioden august til oktober 2017. Respondentene ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen gjennom flere kommunikasjonskanaler. De ulike kanalene vi brukte var blant annet et Facebook-arrangement, i tillegg til en egen Facebook-

side. Det ble også laget en reklame for spørreundersøkelsen på Facebook, som ble sendt ut til brukere over 18 år i hele Norge i én uke (2.9.17 - 9.9.17). Det ble anslått at omtrent 40.000 brukere så reklamen. Det ble i tillegg lagt ut reklame for, og link til, spørreundersøkelsen på ulike nettsider, der i blant: Norsk senter for forskning på mentale lidelser (Norment), nettsider for ansatte ved Universitetet i Bergen (UiB), Institutt for biologisk og medisinsk psykologi (IBMP), fMRI-gruppen (ved IBMP), ulike Facebook-grupper, i tillegg til UiB sin Twitter og Facebook-side. Videre ble alle syv fakulteter ved UiB kontaktet med forespørsel om å spre informasjon om spørreundersøkelsen og link til undersøkelsen, til personale og studenter ved deres respektive fakultet. Det ble også utsendt lignende mail til medlemmer av, og hovedforskere ved, Norwegian Research School in Neuroscience (NRSN). Vi kontaktet flere pasient- og mental helse organisasjoner med forespørsel om å spre informasjon og link til undersøkelsen, deriblant Tidlig oppdagelse av psykose (TOPS), Mental helse, Aurora foreningen, Rådet for psykisk helse, Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, og Hvite ørn. Vi delte også ut «flyers» og hengte opp plakater ved offentlige rom som; bibliotek, kulturelle møtesteder og opphengstavler i sentrumskjernen. Det ble delt ut 500 «flyers» sammen med godteri til forbi passerende i Bergen sentrum, kombinert med nærmere informasjon om undersøkelsen til dem som viste interesse. For å nå en klinisk populasjon ble det informert om undersøkelsen, i tillegg til at det ble hengt opp plakater og utdelt «flyers», på møtesteder med et lavterskel tilbud for mennesker med psykisk helseproblematikk. Det ble også lagt ut «flyers» og informert om undersøkelsen ved avdeling tilknyttet mennesker med psykoseproblematikk på et distriktpsikiatrisk senter i Bergensområdet.

Undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av standardiserte måleinstrumenter administrert i en nettbasert spørreundersøkelse. Den ble distribuert på internett via SurveyXact (SurveyXact.no), som er et online spørreskjemasystem. Undersøkelsen ble innledet av informert samtykke. Dersom respondenten samtykket ble demografiske spørsmål

presentert. Det ble stilt syv spørsmål basert på inklusjonskriteriene for deltakelse i vår studie. Dersom respondenten oppfylte inklusjonskriteriene ble vedkommende automatisk sendt videre til to spørsmål basert på kriteriene for å skille kliniske fra friske stemmehørere. Både gruppen med kliniske og friske stemmehørere besvarte de norske versjonene av BAVQ-R (Chadwick et al., 2000), SCS (Neff, 2003b), RSA (Hjemdal et al., 2001, 2006), og spørsmål om emosjonell valør.

Statistikk

Vi utførte dataanalysene med The Statistical Package for Social Sciences, versjon 24.0. Skårer på SCS, BAVQ-R, RSA, i tillegg til aldersnivå og emosjonell valør i AVH, ble sammenlignet mellom gruppene kliniske og friske stemmehørere ved å utføre t-tester for uavhengige utvalg. Fisher Exact test ble anvendt for å teste forskjeller i prevalens på variablene kjønn og bruk av medisin mot psykiske plager. Variablene stemmefrekvens, arbeidssituasjon og utdanningsnivå ble undersøkt mellom de to gruppene ved hjelp av Chi-square test. Videre ble det utført en bivariat korrelasjonsanalyse (Pearson's korrelasjonskoeffisient) mellom målene på SCS, BAVQ-R, og RSA, for hele utvalget. Signifikansnivå for testene ble satt til $< .05$. Det ble derimot kalkulert en tilpasset sannsynlighetsverdi ved bruk av «False discovery rate method for multiple testing» (Benjamini & Yekutieli, 2001). Dette ble gjort med hensyn til antall statistiske analyser og for å utbalansere andel av type 1 og type 2 feil. Denne metoden kontrollerer den forventede mengden av feilaktig forkastede null-hypoteser, en metode som har vist seg å være mer effektiv sammenlignet med metoder som «Family-wise error rate», som for eksempel Bonferroni (Benjamini & Yekutieli, 2001).

Resultater

Demografiske variabler

Variablene kjønn, alder, medisinbruk (se tabell 1), stemmefrekvens, arbeidssituasjon og utdanningsnivå (se Appendiks G) ble sammenlignet (Chi-square, og Fisher exact tests) mellom kliniske og friske stemmehørere. Ved hjelp av False discovery rate method for multiple testing ble det kritiske nivået (alpha) satt til .014. Det ble ikke funnet noen signifikante gruppeforskjeller, bortsett fra på variabelen medisinbruk mot psykiske plager. Kliniske stemmehørere brukte signifikant mer medisiner, sammenlignet med de friske stemmehørerne. Av de friske stemmehørerne som rapporterte om medisinbruk ($n = 3$), gjaldt dette medisiner mot søvnmangler.

Tabell 1. Demografiske Variabler for Utvalget

| Variabel | Kliniske stemmehørere ($n = 23$) | | Friske stemmehørere ($n = 29$) | |
|---------------|---------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|
| | M (SD) | Min./Maks. | M (SD) | Min./Maks. |
| Alder | 31.09 (9.46) | 18/53 | 29 (9.46) | 19/60 |
| Kjønn (m/k) | – | 3/20 | – | 9/20 |
| Medisin (j/n) | – | 20/3 | – | 2/26** |

Merknader. * $p < .05$. ** $p < .001$.

Stemmehørere og selvmedfølelse

Resultatene viste en signifikant forskjell mellom kliniske stemmehørere og friske stemmehørere når det gjaldt grad av selvmedfølelse, $t(50) = -4.42$, $p < .014$, hvor den totale gjennomsnittsskåren på SCS var 62.7 (SD = 15.07) for kliniske stemmehørere og 85.5 (SD = 20.72) for friske stemmehørere. Det ble funnet signifikante forskjeller mellom de to gruppene for fem av de seks subskalaene for SCS, som vist i tabell 2. De friske stemmehørerne rapporterte om signifikant høyere grad av Selv-vennlighet, Fellesmenneskelighet, og Mindfulness (positive skalaer). Videre rapporterte de kliniske stemmehørerne om signifikant høyere grad av Isolasjon og Overidentifisering (negative, reverserte skalaer). Kliniske

stemmehørere rapporterte også høyere grad av Selvførdømmelse enn kliniske stemmehørere, men denne samvariasjonen var ikke statistisk signifikant.

Tabell 2. Gjennomsnittsskårer og Standardavvik på BAVQ-R og SCS.

| Mål | Kliniske stemmehørere (n = 23) | Friske stemmehørere (n = 29) | t (50) | 95% CI |
|---------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| SCS | | | | |
| Selv-vennlighet | 12.13 (4.47) | 17.41 (4.17) | -4.39** | [-7.70, -2.87] |
| Selv-førdømmelse ^a | 10.52 (4.07) ^a | 13.14 (5.12) ^a | -2.00 ^a | [-5.24, 0.01] ^a |
| Fellesmenneskelighet | 11.61 (3.31) | 15.31 (3.35) | -3.98** | [-5.57, -1.83] |
| Isolasjon ^a | 8.22 (3.07) ^a | 12.69 (4.77) ^a | -3.89** ^a | [-6.78, -2.16] ^a |
| Mindfulness | 11.39 (2.95) | 15.48 (3.02) | -4.92** | [-5.77, -2.41] |
| Overidentifisering ^a | 8.83 (2.19) ^a | 11.45 (4.1) ^a | -2.77 ^a | [-4.53, -0.72] ^a |
| BAVQ-R | | | | |
| Ondsinnethet | 5.57 (4.85) | 1.45 (2.63) | 3.91** | [2.00, 6.23] |
| Vennligsinnet | 4.96 (4.457) | 6.31 (5.27) | -0.98 | [-4.12, 1.41] |
| Omnipotens | 6.74 (3.91) | 3.28 (2.43) | 3.91** | [1.69, 5.24] |
| Motstand | 12.39 (6.27) | 5.38 (5.56) | 4.27** | [3.71, 10.31] |
| Engasjement | 4.61 (4.8) | 6 (4.49) | -1.08 | [-3.99, 1.20] |
| Negativt ladde stemmer | 4.48 (1.78) | 2.21 (1.86) | 4.46** | [1.25, 3.29] |
| Positivt ladde stemmer | 2.91 (1.50) | 4.07 (1.96) | -2.33 | [-2.15, -0.16] |

Merknader. * p < .014. ** p < .001 (alfa tilpasset ved hjelp av False Discovery Rate method for multiple testing). ^a Negative subskalaer som er reversert. BAVQ-R = Beliefs About Voices Questionnaire-Revised; SCS = Self Compassion Scale.

Tolkning og respons på AVH blant kliniske og friske stemmehørere (BAVQ-R)

Som vist i tabell 2, rapporterte de kliniske stemmehørerne at de opplevde den dominante stemmen som signifikant mer ondsinnet og omnipotent, enn de friske stemmehørerne. De kliniske stemmehørerne rapporterte også om signifikant mer motstand mot stemmen, sammenlignet med de friske stemmehørerne. Friske stemmehørere rapporterte høyere grad av Vennligsinnet og Engasjement enn kliniske stemmehørere, men denne samvariasjonen var imidlertid ikke statistisk signifikant.

Emosjonell valør

Det ble funnet at kliniske stemmehørere rapporterte signifikant mer negativt ladede stemmer enn friske stemmehørere. Friske stemmehørere rapporterte mer positivt ladede

stemmer enn kliniske stemmehørere, men denne samvariasjonen var ikke statistisk signifikant.

Tabell 3. Bivariate korrelasjoner mellom SCS, BAVQ-R, og RSA

| | SCS | Selv-v. | Selv-f ^a | Fellesm. | Iso. ^a | Mindful. | Overid. ^a | SCS total |
|---------------|--------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|---------------------|----------------------|-----------|
| BAVQ | | | | | | | | |
| Ondsinn. | -.33 | -.39** ^a | -.32 | -.15 ^a | -.16 | -.19 ^a | -.31 | |
| Vennlig. | .09 | .02 ^a | .13 | .03 ^a | .05 | .01 ^a | .06 | |
| Omnip. | -.45** | -.48** ^a | -.37* | -.35** ^a | -.31 | -.35** ^a | -.46** | |
| Motstand | -.35* | -.38** ^a | -.34 | -.22 ^a | -.32 | -.22 ^a | -.36* | |
| Engasj. | .16 | .09 ^a | .13 | .03 ^a | .06 | .03 ^a | .10 | |
| RSA | | | | | | | | |
| Persep. | .69** | .59** ^a | .64** | .61** ^a | .63** | .65** ^a | – | |
| Fremtidsp. | .36* | .26 ^a | .26 | .46** ^a | .31 | .31 ^a | – | |
| Sos. komp. | .57** | .53** ^a | .56** | .54** ^a | .45** | .49** ^a | – | |
| Fam.sam. | .26 | .27 ^a | .24 | .29 ^a | .21 | .20 ^a | – | |
| Sos. res. | .36* | .34 ^a | .40* | .54** ^a | .42* | .37** ^a | – | |
| Pers. strukt. | -.10 | -.15 ^a | -.15 | .06 ^a | -.10 | .06 ^a | – | |
| RSA total | – | – | – | – | – | – | – | .64** |

Merknader. * $p < .014$. ** $p < .001$ (alfa tilpasset ved hjelp av False Discovery Rate method for multiple testing). ^a Negative subskalaer som er reversert. SCS = Self Compassion Scale, Selv-v. = Selv-vennlighet, Selv-f. = Selvførdømmelse, Fellesm. = Felles menneskelighet, Iso = Isolasjon, Mindful. = Mindfulness, Overid. = Overidentifisering; BAVQ = revised Beliefs About Voices Questionnaire, Ondsinn. = Ondsinnet, Vennlig. = Vennligsinnet, Omnip. = Omnipotens, Engasj. = Engasjement; RSA = Resilience Scale for Adults, Persep. = Persepsjon av selv, Fremtidsp. = Fremtidsplaner, Sos. komp. = Sosial kompetanse, Fam.sam. = Familiesamhold, Sos. res. = Sosiale ressurser, Pers. strukt. = Personlig struktur.

Korrelasjoner mellom selvmefølelse, tolkning/respons og resiliens

Det ble funnet signifikante korrelasjoner mellom flere av subskalaene til SCS og BAVQ-R, som vist i tabell 3, når skårene til hele utvalget ble analysert. Resultatene viste at Selv-vennlighet var signifikant korrelert med Omnipotens og Motstand. Det vil si at en stemmehører med høy Selv-vennlighet, tolker stemmen som mindre omnipotent og har mindre motstand mot stemmen. Selvførdømmelse var signifikant korrelert med Ondsinnet, Omnipotens, og Motstand. Høy skåre på Selvførdømmelse samvarierte med høy skåre på Ondsinnet, Omnipotens og Motstand. Fellesmenneskelighet var signifikant korrelert med Omnipotens, hvor høy skåre på fellesmenneskelighet samvarierte med en lav skåre på Omnipotens. Isolasjon og Overidentifisering hadde en signifikant korrelasjon med

Omnipotens, hvor høy skåre på Isolasjon og Overidentifisering samvarierte med høy skåre på Omnipotens. Mindfulness var den eneste subskalaen som ikke viste en signifikant korrelasjon med noen av subskalaene i BAVQ-R. Resultatene viste i tillegg en signifikant korrelasjon mellom selvmedfølelse og resiliens. Det vil si at stemmehørere med høy selvmedfølelse også har en høy grad av resiliens.

Diskusjon

Oppsummering av funn

Denne studien sammenlignet kliniske og friske stemmehørere. Vi ønsket å undersøke selvmedfølelse som mulig beskyttelsesfaktor for AVH, og dermed om selvmedfølelse utgjorde en sentral forskjell mellom de to gruppene av stemmehørere. Videre ønsket vi å undersøke forskjeller mellom kliniske og friske stemmehørere når det gjelder tolkning og respons på AVH, om det finnes en korrelasjon mellom resiliens og selvmedfølelse, samt om det finnes forskjeller i negativt og positivt innhold i AVH mellom gruppene.

Resultatene bekrefter vår hypotese om at friske stemmehørere har høyere grad av selvmedfølelse sammenlignet med kliniske stemmehørere. Fem av seks subskalaer viste seg å utgjøre en signifikant forskjell mellom de to gruppene. Dette var subskalaene Selvennighet, Fellesmenneskelighet, Mindfulness, Isolasjon og Overidentifisering. Den kliniske gruppen hadde også høyere grad av Selvførdømmelse enn den friske gruppen, men denne forskjellen var ikke signifikant. Videre var resultatene delvis i samsvar med vår hypotese om at kliniske stemmehørere tolker den dominante stemmen som mer ondsinnet og omnipotent, mindre vennligsinnet, i tillegg til at de responderer med økt motstand til stemmen, sammenlignet med friske stemmehørere. Det eneste som ikke stod i samsvar med hypotesen var at det ikke ble funnet en signifikant forskjell mellom gruppene i tolkning av stemmen som vennligsinnet. Hypotesen vår om at lavere grad av selvmedfølelse korrelerer med antakelser om den dominante stemmen som ondsinnet, omnipotent, og mindre vennligsinnet, i tillegg til

økt motstand mot den dominante stemmen, ble også delvis bekreftet. Resultatene viste generelt at lavere grad av selvmedfølelse korrelerte med de nevnte tolkningene og responsen. Imidlertid bekreftet ikke resultatene en signifikant korrelasjon mellom Vennligsinnet og selvmedfølelse. Subskalaen Selvfølelse i SCS utpekte seg ved at den var signifikant korrelert med både en tolkning av stemmen som Ondsinnet og Omnipotent, samt med Motstand mot stemmene. Utover dette viste Omnipotens å ha en tydelig sammenheng med lav selvmedfølelse. Høy grad av Omnipotens samvarierte med høy grad av Selvfølelse, Isolasjon, og Overidentifisering, samt lav grad av Selv-vennlighet og Fellesmenneskelighet. Ingen av korrelasjonene var derimot over .55, noe som tilsier at det kun forelå en moderat korrelasjon. Mindfulness var den eneste subskalaen til SCS som ikke korrelerte signifikant med noen av BAVQ-R målene. I samsvar med vår hypotese om at det vil foreligge en korrelasjon mellom selvmedfølelse og resiliens, viste resultatene en sterk positiv korrelasjon mellom disse konstruktene. Resultatene bekreftet også delvis vår hypotese om at kliniske stemmehørere rapporterer stemmer som er mer negativt ladet enn hva friske stemmehørere gjør, mens friske stemmehørere rapporterer stemmer som er mer positivt ladet enn hva kliniske stemmehørere gjør. Imidlertid fant vi ikke signifikante forskjeller i positivt ladede stemmer.

Tolkning av resultatene

Selvmedfølelse. Funnet om at friske stemmehørere har høyere grad av selvmedfølelse enn kliniske stemmehørere, kan støtte antakelsen om selvmedfølelse som en beskyttelsesfaktor mot å utvikle psykisk lidelse ved tilstedeværelse av AVH. Et annet interessant funn som kan se ut til å ytterligere støtte denne hypotesen, er at det ble funnet en sterk positiv korrelasjon mellom resiliens og selvmedfølelse. Det vil si at jo høyere grad av resiliens en stemmehører har, desto mer selvmedfølelse har han/hun. Dette er interessant med tanke på at resiliens betegnes som de beskyttelsesfaktorer som bidrar til et positivt utfall til

tross for negative livserfaringer som ofte forbindes med risiko for utvikling av psykopatologi (Hjemdal et al., 2006). Som kjent knyttes ofte AVH til psykisk lidelse, og kan i noen tilfeller utgjøre en mulig stressor som øker risiko for psykopatologi. Selvmedfølelse kan antas å fremme psykologisk velvære, selv når livet er vanskelig. Det kan tenkes at en person som har høy selvmedfølelse ser sine problemer og svakheter tydelig, men reagerer med vennlighet og medfølelse, fremfor å være streng og hard mot seg selv. I den forbindelse kan en mulig tolkning være at selvmedfølelse kan falle inn under resilienskonseptet, og således fungere som en beskyttelsesfaktor i møte med AVH.

Videre indikerer studiens resultater at alle tre dimensjonene av selvmedfølelse kan fungere som beskyttelsesfaktorer for stemmehørere. Det ser dermed ikke ut til at det kun er Mindfulness, undersøkt av Peters et al. (2016), som utgjør en forskjell mellom kliniske og friske stemmehørere. Selv-vennlighet, Fellesmenneskelighet og Mindfulness ble funnet å være signifikant høyere hos friske stemmehørere enn ved de kliniske stemmehørerne. Her utgjorde Selv-vennlighet den største forskjellen mellom gruppene, og Selvfølelse den minste. I tillegg viste både Selv-vennlighet og Fellesmenneskelighet en negativ korrelasjon med opplevelsen av stemmen som omnipotent. Resultatene indikerer også at jo mer vennlig mot seg selv en stemmehører er, desto mindre motstand viser han/hun mot stemmene. Selv-vennlighet og Fellesmenneskelighet ser på denne måten ut til være like viktig som Mindfulness for stemmehørere. Det kan dermed tenkes at selvmedfølelsekonseptet som helhet kan fungere som en beskyttelsesfaktor for stemmehøring.

Mindfulness kan sies å være vennlig oppmerksomhet mot det man opplever, mens selvmedfølelse er vennlighet mot den som opplever. I lys av at det har blitt funnet en assosiasjon mellom kliniske stemmehørere og skam (McCarthy-Jones, 2017), kan selvmedfølelse derfor tenkes å være særlig viktig for pasienter med AVH. Et høyere nivå av selvmedfølelse for egne negative tanker og følelser kan tenkes å resultere både i en bedre

toleranse for slike tanker og følelser i øyeblikket, men også i redusert frekvens av negative tanker og følelser over tid. Fellesmenneskelighet kan videre antas å medføre en form for normalisering av opplevelser med AVH, en visshet om at alle mennesker til tider har det vanskelig og at man dermed ikke er alene og separert fra omverdenen. Det er i denne forbindelse interessant å påpeke at de kliniske stemmehørerne skåret høyere på Isolasjon sammenlignet med de andre negative SCS subskalaene, Selvførdømmelse og Overidentifisering. Isolasjon er noe som kan antas å gi rot til en opplevelse av skam og selvkritikk. Selv-vennlighet omhandler at man er varm og forståelsesfull mot seg selv når en har det vanskelig, fremfor å møte vonde opplevelser med selvkritikk. Videre er det viktig med en mindful-holdning, hvor en verken unngår eller undertrykker vonde følelser, samt at en ikke overidentifiserer seg med de vanskelige tankene og følelsene. På denne måten er en i stand til å anerkjenne og føle medfølelse for eget emosjonelt ubehag. Både Fellesmenneskelighet, Selv-vennlighet og Mindfulness kan derfor være nyttig i møte med selvkritikk, skam og andre negative opplevelser relatert til AVH. Det er ellers kjent at selvmødfølelse spiller en rolle i aktiveringen av menneskets innebygde beroligende system (Gilbert, 2009). Det er da nærliggende å tolke at en slik tilnærming til AVH, og de medfølgende tankene, følelsene og responsene, vil kunne ha positive effekter for stemmehørere.

Til tross for at den positive subskalaen Selv-vennlighet var signifikant, var dens negative ekvivalent, Selvførdømmelse, som nevnt den eneste subskalaen i SCS som ikke ble funnet å utgjøre en signifikant forskjell mellom kliniske og friske stemmehørere. Dette funnet tyder på at grad av Selvførdømmelse ikke skiller gruppene fra hverandre. En mulig tolkning av dette kan være at høy grad av Selv-vennlighet er en viktigere beskyttelsesfaktor i møte med AVH, enn det lav grad av Selvførdømmelse er. Det kan se ut til at det ikke er uvanlig med en viss grad av Selvførdømmelse. En kan kanskje både vise vennlighet overfor seg selv,

samtidig som man for eksempel er noe intolerant og utålmodig ovenfor de sidene av seg selv som en ikke liker. Ideen bak selvmedfølelse er heller ikke å hindre at det kan oppstå selvkritiske tanker. Selvførdømmelse kan noen ganger være en sunn respons på uakseptabel atferd, for eksempel ved å bidra til at man følger de sosiale normene i samfunnet. Målet er å forhindre at selvførdømmende holdninger er dominerende og eskalerer ut av proporsjoner (Dundas et al., 2016). Imidlertid underbygger resultatene i denne studien generelt idéen om at selvmedfølelse utgjør en viktig forskjell mellom de to gruppene av stemmehørere.

Tolkning og respons. Resultatene som viser at de kliniske stemmehørerne tolker stemmen som mer ondsinnet, omnipotent og forholder seg til stemmen med mer motstand, sammenlignet med friske stemmehørere, er i samsvar med tidligere forskning (Sorrell et al., 2010). Vi kunne derimot ikke replikere de tidligere funnene til Sorrell et al. (2010) som viste at friske stemmehørere tolket stemmen som mer vennligsinnet og forholdt seg til den med mer engasjement. Det forelå kun en liten forskjell mellom gruppene i vårt utvalg. Resultatene kan peke mot at begge gruppene av stemmehørere har lignende grad av vennligsinnede tolkninger av stemmene, samt grad av engasjement. Det som derimot skiller gruppene er at de kliniske stemmehørerne også har tolkninger av stemmene som ondsinnede og omnipotente, samt forholder seg til dem med motstand, i signifikant høyere grad enn friske stemmehørere. Resultatene kan likevel tolkes som å være i tråd med Chadwick og Birchwood (1994) sin kognitive modell. I modellen vektlegger de hvordan antakelser om stemmen som mektig, ondsinnet og autoritær påvirker grad av emosjonelt ubehag hos stemmehøreren. Våre funn kan gjenspeile den kognitive modellen ved at kliniske stemmehørere har signifikant flere antakelser om stemmene som ondsinnede og mektige, enn det friske stemmehørere har. På bakgrunn av tidligere funn antas det å foreligge et høyere emosjonelt ubehag hos den kliniske gruppen som har en diagnose og et behov for behandling. Det kan på denne måten tenkes at det er personers tolkninger og responser på AVH som er utslagsgivende for emosjonelt

ubehag, og dermed også for lidelse og behov for behandling. Modellen kan imidlertid kritiseres for å ha et for snevert fokus på antakelser om AVH, og for lite fokus på eksempelvis etiologi.

Den kognitive modellen åpner opp for et interpersonlig aspekt, ved at forholdet til stemmen speiler forholdet personen har til andre signifikante personer (Birchwood et al., 2000). Dette er interessant i lys av resultatene fra vår studie, hvor forholdet stemmehøreren har til seg selv ble undersøkt. Nærmere bestemt i form av selvmedfølelse. Som nevnt ble lavere grad av selvmedfølelse assosiert med antakelser om stemmen som mer ondsinnet, omnipotent, i tillegg til økt motstand mot stemmen. Videre viste resultatene at Overidentifisering samvarierte med tolkning av stemmen som omnipotent. Det kan tenkes at stemmehørere som i høy grad overidentifiserer seg med lidelse som diverse utfordringer i livet vekker, også har lettere for å tro at stemmen de hører har kontroll og bestemmer over dem. Dette kan blant annet tolkes dithen at overidentifisering med egen lidelse også kan ha noe å si for overidentifisering med stemmen, hvor stemmen tilegnes mye makt. Mindfulness, som er motparten til Overidentifisering, viste som nevnt ingen signifikante korrelasjoner med tolkninger og responser på stemmen. Dette funnet indikerer at Mindfulness ikke har en direkte innvirkning på tolkninger og respons på AVH, til tross for at det ser ut til å ha en sammenheng med hvorvidt en stemmehører er frisk. Stemmehørerne som hadde en høy grad av isolasjon tolket også stemmen som omnipotent. Det kan dermed se ut til at det å føle seg isolert fra omverden kan ha en sammenheng med å tilegne stemmen mer makt. Videre skilte Selvførdømmelse seg ut fra Overidentifisering og Isolasjon ved å samvariere med både Ondsinnet og Motstand mot stemmen, i tillegg til Omnipotens. Et nærliggende spørsmål er om forholdet en stemmehører har til seg selv, også har noe å si for forholdet han/hun har til stemmen. Dersom stemmehøreren tolker at han/hun hører stemmen til en allmektig og ondsinnet demon som kritiserer og beordrer, kan det tenkes at dette har sammenheng med

grad av selvførdømmelse personen opplever. Hvis AVH oppstår når man feilaktig tilskriver det som i utgangspunktet er egen indre tale til en ytre kilde, kan en videre spekulere i om det er ens egen selvførdømmelse som manifesterer seg som en stemme. Dette kan i så fall peke mot at høy grad av selvførdømmelse kan medføre en opplevelse av mer ondsinnede stemmer, og eventuelt mer negativ valør i hørselshallusinasjonene. Dette underbygges av at Selvførdømmelse samvarierte med negativ tolkning av AVH. I motsetning kan en spekulere i om høy selvmefølelse kan føre til en mer beroligende stemme, og dermed til en mindre negativ opplevelse. En kunne i denne forbindelse forventet en positiv korrelasjon mellom selvmefølelse og Vennligsinnet, noe som ikke ble funnet i vårt utvalg.

Oppsummert peker studien mot at forholdet en stemmehører har til seg selv, i denne sammenheng grad av selvmefølelse, kan være viktig for tolkningen og responsen på AVH. Dette tenkes å støttes ytterligere av at de friske stemmehørerne har mer selvmefølelse enn de kliniske stemmehørerne, og at lavere selvmefølelse er forbundet med mer negative tolkninger og respons på stemmen. Negative tolkninger er som vist forbundet med et høyere emosjonelt ubehag, som tenkes å virke inn på behovet for behandling. Det synes dermed viktig å redusere negative tolkninger og respons på AVH, muligens ved å øke grad av selvmefølelse. Imidlertid bør funnene tolkes med noe forsiktighet da det kun forelå moderate korrelasjoner.

Emosjonell valør. Studiens resultater viser at kliniske stemmehørere rapporterer om mer negativt ladede AVH. Dette samsvarer med tidligere funn om betydelig mer negativ emosjonell valør i hørselshallusinasjonene til kliniske stemmehørere, sammenlignet med friske stemmehørere. Blant annet fant Daalman et al. (2011) at deltakerne med en psykoselidelse i langt større grad rapporterte om negativ valør av AVH enn friske stemmehørere rapporterte. Dette kan sees i sammenheng med Corstens og Longdens (2013) funn om at 60 % av stemmene til mennesker med psykoselidelser innebærer tema om skam og

skyld. En kan dermed tenke at de kliniske stemmehørerne har en mer negativ opplevelse av stemmene de hører, enn friske stemmehørere. Negativ emosjonell valør har som nevnt blitt funnet å være en viktig karakteristikk i diagnostiseringen av psykoselidelse, med en høy prediktiv verdi for å tilhøre den kliniske gruppen (Daalman et al., 2011). Denne studien kunne derimot ikke replikere tidligere funn om en signifikant forskjell i positiv valør mellom gruppene. Tidligere studier som har funnet denne forskjellen har imidlertid inkludert flere og mer nyanserte spørsmål om emosjonell valør.

Begrensninger ved studien

Det er flere begrensninger ved studien som bør nevnes. Dette blant annet relatert til årsaksforhold, studiens ytre validitet, i tillegg til bruk av spørreskjema som metode.

Årsaksforhold. Ettersom det er en korrelasjonsstudie, gir den ikke grunnlag for å trekke noen slutninger om årsaksforhold. Studien viser at de to gruppene med stemmehørere, selvmedfølelse, samt tolkning og respons er assosierte variabler, men gir ikke svar på om det eksempelvis er selvmedfølelse som er årsaken til at noen stemmehørere er friske. Det kan også være at de har utviklet høyere selvmedfølelse på grunn av at de er frisk, og dermed har mer positive vekstvilkår. Fremtidige studier, som for eksempel longitudinelle studier og behandlingsstudier, vil kunne bidra til forståelse av årsaksforhold. Tredjevariabelproblemet er også viktig å nevne. Det kan være andre variabler som påvirker respondentenes grad av selvmedfølelse, hvordan de tolker og responderer på den dominante stemmen, eller hva det er som gjør at noen stemmehørere er kliniske og andre er friske. Eksempelvis kan en tredje variabel som sosioøkonomisk status tenkes å påvirke resultatene.

Representativitet. Det var et lite utvalg i denne studien ($N = 52$), hvilket kan påvirke resultatenes representativitet. Det kan også stilles spørsmålstejn ved representativiteten til de kliniske stemmehørerne i vårt utvalg. Det var en svært lang og omfattende spørreundersøkelse, som kan tilsi at det kreves et visst funksjonsnivå for å gjennomføre

undersøkelsen. Dette kan tenkes å ha en forklaringsverdi for det relativt høye funksjonsnivået til de kliniske stemmehørerne i studien (se Appendiks G). I tillegg var det kun ni av 23 kliniske stemmehørere som hadde en psykoselidelse. Fjorten respondenter med andre diagnoser ble inkludert for å bevare et større utvalg i denne gruppen. Det ble heller ikke skilt mellom respondenters tidligere eller nåværende diagnose i spørsmålsstillingen («Jeg har/har hatt en psykisk lidelse diagnostisert av en psykiater eller psykolog (f.eks. depresjon, angstlidelse, schizofreni,...)»). Det kan dermed tenkes at det hadde vært et tydeligere skille mellom gruppene dersom man hadde stilt krav om at den kliniske gruppen på nåværende tidspunkt var diagnostisert med psykoselidelse. Å ha et mål på emosjonelt ubehag knyttet til AVH kunne også ha bidratt til et tydeligere skille mellom gruppene. Det er derfor behov for strengere kriterier i fremtidige studier.

På samme måte kan representativiteten til friske stemmehørere i studien betviles. Kliniske og friske stemmehørere ble ikke skilt på bakgrunn av om de hadde oppsøkt hjelp fra en helsefagarbeider. Eksempelvis oppga 15 respondenter i gruppen med friske stemmehørere at de tidligere hadde søkt hjelp fra helsefagarbeider. Spørsmålet i undersøkelsen var formulert på en slik måte at det var uklart om det ble oppsøkt hjelp grunnet AVH, hvem som for tiden oppsøker hjelp, eller alvorlighetsgraden av de psykiske vanskene («På grunn av psykiske vansker har jeg tidligere oppsøkt hjelp fra en helsefagarbeider»). Man bør derfor ta dette i betraktning ved tolkning av funnene. Fremtidige undersøkelser bør være tydeligere i spørsmålsstillingen for å bruke hjelpesøking som kriterium for å skille kliniske fra friske stemmehørere. Samtidig kan det diskuteres hvorvidt det å oppsøke hjelp for psykiske vansker har blitt mer normalt i dagens samfunn enn det var for noen tiår tilbake. Det finnes også en usikkerhet knyttet til om den friske gruppen virkelig er frisk, eller om de eventuelt befinner seg på et prodromalt stadium og senere kan være i fare for å utvikle en psykoselidelse. Eksempelvis som Daalman et al. (2016) fant, hvor 6.2 % av deltakerne hadde

utviklet en psykoselidelse etter fem år, mens 39.5 % hadde utviklet behov for klinisk behandling (inkludert de som hadde utviklet psykoselidelse). Det ville vært interessant å undersøke om forskjellene mellom gruppene hadde blitt større dersom man hadde et strengere skille mellom kliniske og friske stemmehørere. Et fokus på dette er noe fremtidige studier kan dra nytte av.

Videre ble også fire respondenter med regelmessig hasjbruk (én i den kliniske gruppen, og tre i den friske gruppen) inkludert for å bevare et større utvalg. Det var uklart om hasjbruken utgjorde et misbruk, eller om det påvirket hørselshallusinasjonene. Studiens mål på rusmiddelbruk blant respondentene var ikke tilstrekkelig for å avgjøre om den oppgitte bruken av rusmidler tilfredstilte kriteriene for misbruk i henhold til diagnosemanualen (5th ed., *DSM-V*; American Psychiatric Association, 2013). Imidlertid var det kun fire av 52 respondenter som rapporterte om hasjbruk, og det var spesifisert gjentatte ganger gjennom spørreundersøkelsen at opplevelser under påvirkning av rusmidler ikke var av interesse.

Spørreskjema. Det er ulike begrensninger forbundet med internettbaserte studier og selvrapportering generelt. Eksempelvis kan sosial ønskverdighet ha påvirket resultatene av studien. Moritz et al. (2013) argumenterer at internettbaserte studier er bedre enn det ryktes, men at man bør ta i bruk ulike mål for å minske sjansen for simulering i slike studier. Eksempelvis ved å inkorporere en løgnskala i spørreundersøkelsen. I denne studien forsøkte vi å ta høyde for denne risikoen ved å inkludere ulike validitetsspørsmål, blant annet knyttet til sosial ønskverdighet.

Det er også potensielle begrensninger ved spørreskjemaene som ble brukt i studien. Psykometriske egenskaper ved den norske versjonen av BAVQ-R (Widén, 2000) er upublisert, noe som gjør at en blant annet ikke har innsikt i denne versjonens validitet. Samtidig observerte vi en god indre konsistens i vårt utvalg på den norske versjonen av BAVQ-R. Derimot var det én subskala, Omnipotens ($\alpha = .68$), som viste en utilfredsstillende

indre konsistens. Når det gjelder SCS, viste Mayhew & Gilbert (2008) at deltakerne ble vurdert å ha høyere selvmedfølelse når de besvarte SCS, enn det som senere ble fanget opp ved nærmere undersøkelse. Dermed er det en mulighet for at SCS ikke fanger opp grad av innsikt respondenter har om egen selvmedfølelse på en god nok måte, noe Neff (2003b) også har problematisert. Av denne grunn kan det være en mulighet for at grad av selvmedfølelse ikke ble godt nok fanget opp i vår studie. Det er mulig at det i realiteten foreligger en større, eller eventuelt en mindre, forskjell mellom de kliniske og friske stemmehørernes grad av selvmedfølelse. I fremtidige studier kan det derfor være interessant å informere respondentene om hva selvmedfølelse innebærer på forhånd, og dermed forsøke å øke deres innsikt i egen selvmedfølelse.

Implikasjoner

I lys av våre funn om signifikante forskjeller mellom kliniske og friske stemmehørere sin opplevelse av AVH, er det trolig nyttig å undersøke AVH som et eget fenomen og ikke bare som en del av et symptombylde. Det å undersøke forskjeller mellom kliniske og friske stemmehørere kan ha en rekke kliniske implikasjoner. Ved å få kunnskap om fremtredende forskjeller mellom gruppene, kan en lettere fange opp mennesker som har behov for hjelp. Videre kan man være mer oppmerksom på risikofaktorer for å utvikle et problematisk forhold til AVH. I tillegg kan undersøkelser av eventuelle beskyttelsesfaktorer i møte med AVH være viktig for utviklingen av terapeutiske intervensjoner. Funnet fra studien peker mot at selvmedfølelse kan være viktig for stemmehørere, og det kan derfor være verdifullt å forske på bruk av selvmedfølelse i behandling av psykoselidelse. Selvmedfølelse kan tenkes å være til hjelp på ulike måter. Eksempelvis som en tilnærming for å forhindre utvikling fra prodromalstadiet til psykosestadiet, eller som bistand i remisjonsfasen av psykoselidelse. I tillegg kan det generelt være en viktig faktor i terapi der skam, selvkritikk og negative tolkninger er et problem. På bakgrunn av tidligere forskning og våre funn kan det tenkes at

selvmedfølelse bidrar til å redusere negative tolkninger av AVH, og dermed også redusere det emosjonelle ubehaget som antas å virke inn på behovet for behandling. Dette kan eksempelvis sees i sammenheng med Mayhew og Gilbert (2008) sine funn om at behandling med fokus på å øke selvmedfølelse medførte at pasienter opplevde stemmene som mer betryggende, og mindre ondsinnet.

Terapiformer med fokus på å øke selvmedfølelse kan i denne sammenheng være av interesse. Gilberts CFT (Gilbert, 2010) og Neff og Germers MSC (2013) er eksempler på et slikt fokus i terapi. Når det gjelder CFT vektlegges det at mennesker med lav selvmedfølelse har en tendens til å gå til angrep på seg selv når de møter motgang. En søker derfor å erstatte denne måten å behandle seg selv på med å lære å være omsorgsfull og vise medfølelse med seg selv i vanskelige tider (Gilbert & Procter, 2006). Ved å øke selvmedfølelse tenkes det at pasienter blir i bedre stand til å stimulere det beroligende systemet, og utvikle selvberoligende evner, som for eksempel empati for eget emosjonelt ubehag. I følge Mayhew og Gilbert (2008) fokuserer ikke teknikker innen CFT på å intellektuelt utfordre eller krangle med stemmene, som her antas å opprettholde et konfliktfylt forhold. Det rettes heller fokus mot å ha empati og medfølelse for det emosjonelle ubehaget stemmene kan vekke. I MSC (Neff & Germer, 2013) lærer pasienter ulike måter å tilnærme seg sin egen lidelse på ved å bruke selvmedfølelse. Det kan eksempelvis være i form av å gi seg selv tid til å stoppe opp når en kjenner på lidelse, anerkjenne at en i øyeblikket har det vondt, gi seg selv vennlig trøst, samt minne seg selv på at en ikke er alene om å kjenne lidelse. En slik tilnærming kan tenkes å være nyttig både for stemmehørere så vel som for andre mennesker som lider av mye skam eller andre vonde følelser. I tillegg kan det tenkes at dersom AVH oppleves som veldig kritisk og ondsinnet, kan det være viktig å «veie opp» for dette ved å gi seg selv medfølelse. Hvordan terapi med fokus på selvmedfølelse kan benyttes, og eventuelt integreres med andre terapiformer, kan være et fremtidig forskningsspørsmål.

Utover dette åpner funnene opp for å normalisere AVH, fordi man får satt fokus på at mennesker kan være velfungerende til tross for at de hører stemmer. Et slikt fokus kan anses å være i tråd med tankegangen bak «Recovery». Recovery er et begrep ofte relatert til psykisk sykdom, og det har blitt foreslått ulike betydninger av ordet. En betydning er at det representerer en filosofi og en holdning om at en prøver å få det beste ut av livet, til tross for at man opplever pågående symptomer på psykisk lidelse (Barber, 2012). En benekter ikke lidelsen sin, men definerer seg heller ikke ut i fra den. For mennesker som opplever vedvarende AVH er det på den måten mulig å leve et godt liv, selv om en har vedvarende symptomer på psykisk lidelse. Dette fokuset kan bidra til å endre tradisjonelle oppfatninger av AVH, eksempelvis som at det først og fremst er et symptom på psykoselidelse.

Konklusjon

Dette er første gang selvmedfølelse undersøkes ved å sammenligne kliniske og friske stemmehørere. Selvmedfølelse ser ut til å ha en betydning for stemmehøring, til tross for at en ikke vet hva årsaksforholdet er. Det kan derfor være verdt å forske videre på om dette fenomenet utgjør en beskyttelsesfaktor for stemmehørere, og om behandling med fokus på å øke selvmedfølelse kan ha nytteverdi for pasienter med psykoselidelse. Å sammenligne kliniske og friske stemmehørere er en nyttig fremgangsmåte, fordi dette kan bidra til å synliggjøre forskjeller mellom gruppene. I denne sammenheng synes longitudinelle studier viktig for fremtidig forskning. Overordnet sett indikerer studien at det å møte seg selv med medfølelse når en erfarer vedvarende AVH, kan være av betydning for hvordan en mestrer denne opplevelsen. Det å behandle seg selv på samme måte som en ville behandlet en nær venn kan være en god start.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Pub.
- Badcock, J. C., Paulik, G., & Maybery, M. T. (2011). The role of emotion regulation in auditory hallucinations. *Psychiatry research, 185*(3), 303-308. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.011
- Barber, M. E. (2012). Recovery as the new medical model for psychiatry. *Psychiatric Services, 63*(3), 277-279. doi: 10.1176/appi.ps.201100248
- Baumeister, D., Sedgwick, O., Howes, O., & Peters, E. (2017). Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis: A systematic review of the healthy voice-hearer literature. *Clinical Psychology Review, 51*, 125–141. doi: 10.1016/j.cpr.2016.10.010
- Beavan, V., Read, J., & Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *Journal of Mental Health, 20*(3), 281-292. doi: 10.3109/09638237.2011.562262
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2003). A Cognitive Model of Hallucinations. *Cognitive Therapy and Research, 27*(19), 19-52. doi: 10.1023/A:1022534613005
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 577-606. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144205
- Benjamini, Y., & Yekutieli, D. (2001). The control of the false discovery rate in multiple testing under dependency. *The Annals of Statistics, 29*(4), 1165–1188. Nedlastet fra <https://projecteuclid.org/euclid.aos/1013699998>
- Birchwood, M., & Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices: Testing the validity of a

- cognitive model. *Psychological Medicine*, 27(6), 1345-1353. doi:
10.1017/S0033291797005552
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P., & Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30(2), 337-344. doi: 10.1017/S0033291799001828
- Brett, C., Heriot-Maitland, C., McGuire, P., & Peters, E. (2014). Predictors of distress associated with psychotic-like anomalous experiences in clinical and non-clinical populations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 213-227. doi:
10.1111/bjc.12036
- Brewin, C. (1988). *Cognitive Foundations of Clinical Psychology* (pp. 4-5). New York, NY: Lawrence Earlbaum
- Chadwick, P., & Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *The British Journal of Psychiatry*, 164(2), 190-201. doi:
10.1192/bjp.164.2.190
- Chadwick, P., Lees, S., & Birchwood, M. (2000). The revised beliefs about voices questionnaire (BAVQ-R). *The British Journal of Psychiatry*, 177(3), 229-232. doi:
10.1192/bjp.177.3.229
- Connor, C., & Birchwood, M. (2013). Through the looking glass: self-reassuring meta-cognitive capacity and its relationship with the thematic content of voices. *Frontiers in human neuroscience*, 7(213), 1-8. doi: 10.3389/fnhum.2013.00213
- Corstens, D., & Longden, E. (2013). The origins of voices: links between life history and voice hearing in a survey of 100 cases. *Psychosis* 5(3), 270–285. doi:
10.1080/17522439.2013.816337

- Costello, C. G. (1992). Research on symptoms versus research on syndromes. Arguments in favour of allocating more research time to the study of symptoms. *The British Journal of Psychiatry*, *160*(3), 304-308. doi:10.1192/bjp.160.3.304
- Daalman, K., Boks, M. P., Diederer, K. M., de Weijer, A. D., Blom, J. D., Kahn, R. S., & Sommer, I. E. (2011). The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *The Journal of clinical psychiatry*, *72*(3), 320-325. doi: 10.4088/JCP.09m05797yel
- Daalman, K., Diederer, K. M. J., Hoekema, L., van Lutterveld, R., & Sommer, I. E. (2016). Five year follow-up of non-psychotic adults with frequent auditory verbal hallucinations: are they still healthy? *Psychological medicine*, *46*(9), 1897-1907. doi: 10.1017/S0033291716000386
- de Leede-Smith, S., & Barkus, E. (2013). A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Frontiers in human neuroscience*, *7*, 367. doi: 10.3389/fnhum.2013.00367
- Dudley, J., Eames, C., Mulligan, J. & Fisher, N. (2017). Mindfulness of voices, self-compassion, and secure attachment in relation to the experience of hearing voices. *British Journal of Clinical Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1111/bjc.12153
- Dundas, I., Svendsen, J. L., Wiker, A. S., Granli, K. V., & Schanche, E. (2016). Self-compassion and depressive symptoms in a Norwegian student sample. *Nordic Psychology*, *68*(1), 58-72. doi: 10.1080/19012276.2015.1071203
- Eicher, A. C., Davis, L. W., & Lysaker, P. H. (2013). Self-compassion: a novel link with

- symptoms in schizophrenia? *The Journal of nervous and mental disease*, 201(5), 389-393. doi: 10.1097/NMD.0b013e31828e10fa
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London: Hodder and Stoughton.
- Ford, B. Q., Lam, P., John, O. P., & Mauss, I. B. (2017). The Psychological Health Benefits of Accepting Negative Emotions and Thoughts: Laboratory, Diary, and Longitudinal Evidence. *Journal of personality and social psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/pspp0000157
- Freeman, D., & Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour research and therapy*, 41(8), 923-947. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00104-3
- Garwood, L., Dodgson, G., Bruce, V., & McCarthy-Jones, S. (2015). A preliminary investigation into the existence of a hypervigilance subtype of auditory hallucination in people with psychosis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(1), 52. doi: 10.1017/S1352465813000714
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert P. (2010). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379. doi:10.1002/cpp.507
- Gumley, A., Braehler, C., Laithwaite, H., MacBeth, A., & Gilbert, P. (2010). A compassion

focused model of recovery after psychosis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 186-201. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.186

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957)* Nedlastet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>

Hjemdal, O., Friborg, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2001). Mestring og psykologisk motstandsdyktighet hos voksne: Utvikling og foreløpig validering av et nytt instrument. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38(4), 310-317. Nedlastet fra <http://psycnet.apa.org/record/2001-17289-001>

Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(3), 194-201. doi: 10.1002/cpp.488

Huang, J. L., Curran, P. G., Keeney, J., Poposki, E. M., & DeShon, R. P. (2012). Detecting and deterring insufficient effort responding to surveys. *Journal of Business and Psychology*, 27(1), 99-114. doi: 10.1007/s10869-011-9231-8

Hugdahl, K. (2009). "Hearing voices": Auditory hallucinations as failure of top-down control of bottom-up perceptual processes. *Scandinavian journal of psychology*, 50(6), 553-560. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00775.x

- Johns, L. C., Kompus, K., Connell, M., Humpston, C., Lincoln, T. M., Longden, ... Larøi, F. (2014). Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophrenia bulletin*, 40(Suppl_4), S255-S264. doi: 10.1093/schbul/sbu005
- Jones, S. R., & Fernyhough, C. (2007). Neural correlates of inner speech and auditory verbal hallucinations: a critical review and theoretical integration. *Clinical psychology review*, 27(2), 140-154. doi: 10.1016/j.cpr.2006.10.001
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041-1056. doi: 10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: an integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4-41. doi 10.1080/02699930802619031
- Kråkvik, B., Larøi, F., Kalhovde, A. M., Hugdahl, K., Kompus, K., Salvesen, Ø., ... Vedul-Kjelsås, E. (2015). Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scandinavian journal of psychology*, 56(5), 508-515. doi: 10.1111/sjop.12236
- Larøi, F. (2012). How do auditory verbal hallucinations in patients differ from those in non-patients? *Frontiers in Human Neuroscience*, 6(25), 1-9. doi:10.3389/fnhum.2012.00025
- Larøi, F., Marczewski, P., & Van der Linden, M. (2004). Further evidence of the multi dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucinations Scale in a normal sample. *European Psychiatry*, 19(1), 15-20. doi: 10.1016/S0924-9338(03)00028-2

Larøi, F., Sommer, I. E., Blom, J. D., Fernyhough, C., Ffytche, D. H., Hugdahl, K., ...

Slotema, C. W. (2012). The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions.

Schizophrenia bulletin, 38(4), 724-733. doi:10.1093/schbul/sbs061

Launay, G., & Slade, P. (1981). The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*, 2(3), 221-234. doi:

10.1016/0191-8869(81)90027-1

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904. doi:

10.1037/0022-3514.92.5.887

Linscott, R. J., & van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological medicine*, 43(6), 1133-1149. doi:

10.1017/S0033291712001626

Mayhew, S. L., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(2), 113-138. doi: 10.1002/cpp.566

McCarthy-Jones, S. (2017). Is shame hallucinogenic? *Frontiers in psychology*, 8, 1310. doi:

10.3389/fpsyg.2017.01310

McCarthy-Jones, S., Thomas, N., Strauss, C., Dodgson, G., Jones, N., Woods, A., ...

Sommer, I. E. (2014). Better Than Mermaids and Stray Dogs? Subtyping Auditory

- Verbal Hallucinations and Its Implications for Research and Practice. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), S275–S284. doi: 10.1093/schbul/sbu018
- McCarthy-Jones, S., Waegeli, A., & Watkins, J. (2013). Spirituality and hearing voices: considering the relation. *Psychosis*, 5(3), 247-258. doi: 10.1080/17522439.2013.831945
- McGuire, P. K & Dixon T. (2000). S36.02 Psychosis is better described as a continuum, rather than as categories. *European Psychiatry* 2000(15), 286. doi:10.1016/S0924-9338(00)94250-0
- Moritz, S., Van Quaquebeke, N., Lincoln, T. M., Köther, U., & Andreou, C. (2013). Can we trust the internet to measure psychotic symptoms? *Schizophrenia research and treatment*, 2013, 1-5. doi: 10.1155/2013/457010
- Neff, K.D. (2003a) Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself, *Self and Identity*, 2(2), 85-101, doi: 10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250. doi: 10.1080/15298860309027
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. doi:10.1002/jclp.21923
- Persons, J. B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41(11), 1252. doi:10.1037/0003066X.41.11.1252

Peters, E., Ward, T., Jackson, M., Morgan, C., Charalambides, M., McGuire, P., ...

Garety, P. A. (2016). Clinical, socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic experiences with and without a “need for care”.

World Psychiatry, 15(1), 41-52. doi: 10.1002/wps.20301

Powers, A. R., Kelley, M. S., & Corlett, P. R. (2017). Varieties of voice-hearing: psychics and the psychosis continuum. *Schizophrenia Bulletin*, 43(1), 84–98. doi:

10.1093/schbul/sbw133

Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology*. (5th ed.). New York, NY: Grune and Stratton.

Smailes, D., Alderson-Day, B., Fernyhough, C., McCarthy-Jones, S., & Dodgson, G. (2015).

Tailoring Cognitive Behavioral Therapy to Subtypes of Voice-Hearing. *Frontiers in Psychology*, 6, 1933. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01933

Smith, B., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P., ... Kuipers,

E. (2006). Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia research*, 86(1),

181-188. doi: 10.1016/j.schres.2006.06.018

Sommer, I. E., Daalman, K., Rietkerk, T., Diederer, K. M., Bakker, S., Wijkstra, J., & Boks,

M. P. (2010). Healthy individuals with auditory verbal hallucinations; who are they?

Psychiatric assessments of a selected sample of 103 subjects. *Schizophrenia Bulletin*, 36(3), 633-641. doi: 10.1093/schbul/sbn130

Sorrell, E., Hayward, M., & Meddings, S. (2010). Interpersonal processes and hearing

voices: A study of the association between relating to voices and distress in

clinical and non-clinical hearers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(02),

127-140. doi: 10.1017/S1352465809990506

- Steel, C., Fowler, D., & Holmes, E. A. (2005). Trauma-related intrusions and psychosis: An information processing account. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 139-152. doi: 10.1017/S1352465804001924
- Turner, M. H., Bernard, M., Birchwood, M., Jackson, C., & Jones, C. (2013). The contribution of shame to post-psychotic trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 162-182. doi: 10.1111/bjc.12007
- van der Meer, L., van't Wout, M., & Aleman, A. (2009). Emotion regulation strategies in patients with schizophrenia. *Psychiatry research*, 170(2), 108-113. doi: 10.1016/j.psychres.2009.07.010
- van Os, J., & Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*, 15(2), 118-124. doi: 10.1002/wps.20310
- Waite, F., Knight, M. T. & Lee, D. (2015). Self-compassion and self-criticism in recovery in psychosis: An interpretative phenomenological analysis study. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1201-1217. doi: 10.1002/jclp.22211
- Waters, F., Allen, P., Aleman, A., Fernyhough, C., Woodward, T. S., Badcock, J. C., ... Larøi, F. (2012). Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: A review and integrated model of cognitive mechanisms. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 683-692. doi: 10.1093/schbul/sbs045
- Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. J. P. Shonkoff, S. J. Meisels (Red.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd. ed.). (s.115-132). New York, NY: Cambridge University Press. 2, 115-132.

Widen, J. H. (2000). *Spørreskjema vedrørende antakelser om og reaksjoner på å høre stemmer (rev. versjon)*. Upublisert manuskript. TIP, Psyk.distriktsklinikk, Telemark sentralsjukehus.

Appendiks A

Godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk



| | | | | |
|---|---|-----------------------------|----------------------------------|---|
| Region: REK vest | Saksbehandler: Camilla Gjerstad | Telefon: 55978499 | Vår dato: 08.05.2017 | Vår referanse: 2017/69/REK vest |
| | | | Deres dato: 26.04.2017 | Deres referanse: |
| Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser | | | | |

Frank Larøi
 Institutt for biologisk og medisinsk psykologi

2017/69 Stemmehearing i normalbefolkningen og i pasientpopulasjonen

Forskningsansvarlig: Universitetet i Bergen
Prosjektleder: Frank Larøi

Vi viser til din tilbakemelding om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Tilbakemeldingen ble behandlet av leder av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) på fullmakt. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektleders prosjekttale

Denne studien bygger på tidligere forskning som sammenligner kliniske og ikke-kliniske stemmehearer (Baumeister et al., 2016). Vi ønsker å undersøke variablene resiliens, selvtillit, selvmefølelse, arvelighet, og hvorvidt det er noe som trigger stemmene i hverdagen. Videre ønsker vi å undersøke eventuelle triggerere for første gang individet opplevde hørselshallusinasjoner. Et mulig skille mellom kliniske og ikke-kliniske stemmehearer kan være hvordan de attribuerer og reagerer på stemmene, hvor ikke-klinisk gruppe har en mer positiv opplevelse og aksepterende holdning. Basert på disse forskjellene kan vi potensielt identifisere beskyttelses og risikofaktorer i møte med stemmehearing, som videre kan føre til bedre behandlingstiltak for mennesker med psykotiske lidelser. Studien vil også søke å validere Questionnaire for Psychotic Experiences (QPE). For å undersøke nevnte variabler ønsker vi å anvende survey metodikk ved hjelp av det internettbaserte survey systemet SurveyXact.

REK ba om tilbakemelding på følgende

- Forskergruppen må rådføres seg med forskningsansvarlig om datasikkerheten i studien er tilstrekkelig ivarett.
- Informasjonsskrivet må revideres og sendes til REK vest.

Tilbakemelding fra prosjektleder

Informasjonsskrivet til deltakerne er revidert i tråd med vilkår fra REK vest. Forskergruppen har rådført seg med representant fra forskningsansvarlig (her UiB) med hensyn til sikring av data. Undersøkelsen gjennomføres i spørreundersøkelsesverktøyet SurveyXact som UiB benytter. Svarene lagres i SurveyXact sin sky-løsning som er risikovurdert av UiB, og det er inngått en databehandlingsavtale mellom UiB og Rambøll Management (som eier SurveyXact). Ingen ved Rambøll Management vil ha tilgang til personlig data som er lagret i SurveyXact. Svarene fra undersøkelsen vil bli overført (men ikke epostadressene) fra SurveyXact til Universitetet i Bergen sin SAFE-server når datasettet skal analyseres. Kun et begrenset antall personer (Isabella Kusztrits som skal utføre analysene og prosjektleder Frank Larøi) vil ha tilgang til både eposter og datasett. Resten av forskergruppen vil kun ha tilgang til datasett.

Besøksadresse:
 Armauer Hansens Hus (AHH),
 Tverrløy Nord, 2 etasje, Rom
 281, Haukelandsveien 28

Telefon: 55975000
E-post: rek-vest@uib.no
Web: <http://helseforskning.etikk.uib.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK vest, not to individual staff

Vurdering av tilbakemeldingen

REK vest har vurdert tilbakemeldingen og har ingen ytterligere merknader.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektet i samsvar med forelagt søknad og tilbakemelding.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 17.07.2022, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
Prof. dr.med
Komiteleder

Camilla Gjerstad
rådgiver

Kopi til: postmottak@uib.no

Appendiks B

Godkjenning av endring i spørsmål fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk



| | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------------|----------------------------------|---|
| Region: REK vest | Saksbehandler: Camilla Gjerstad | Telefon: 55978499 | Vår dato: 09.08.2017 | Vår referanse: 2017/69/REK vest |
| | | | Deres dato: 10.07.2017 | Deres referanse: |

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Frank Larøi
Institutt for biologisk og medisinsk psykologi

2017/69 Stemmehearing i normalbefolkningen og i pasientpopulasjonen

Forskningsansvarlig: Universitetet i Bergen
Prosjektleder: Frank Larøi

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 10.07.2017 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av REK vest ved sekretariatet på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Prosjektendring

Det søkes om å tilføye syv spørsmål til deltakergruppen. Spørsmålene er relevante for forskningsformålet og nært knyttet til de øvrige spørsmålene som allerede er godkjent av REK.

Vurdering

REK vest har vurdert endringssøknaden og har ingen merknader.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektendringen i samsvar med forelagt søknad.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. helseforskningsloven § 10 og forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Camilla Gjerstad
rådgiver

Kopi til: postmottak@uib.no

Appendiks C

Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke spesielle sanseopplevelser. Vi søker deltakere som har hatt slike opplevelser, og deltakere som ikke har det. Prosjektet innebærer å svare på spørsmål om stemmehøring og spesielle sanseopplevelser. Det vil ta ca. 15-30 minutter å besvare alle spørsmålene. En uke senere vil du bli invitert til å besvare deler av spørsmålene enda en gang. Den andre gangen vil det ta ca. 10 minutter å besvare spørsmålene.

I prosjektet vil vi innhente og registrere spørreskjemaopplysninger om deg.

Fordeler ved å delta i prosjektet er at du bidrar til forskning som kan bringe vitenskapen videre når det gjelder å forstå stemmehøring og spesielle sanseopplevelser i befolkningen. En annen fordel er å få kunnskap om at det å høre stemmer og det å ha spesielle sanseopplevelser, er et fenomen i befolkningen som oppstår hos både friske og syke mennesker.

Ulemper ved prosjektet er at det er noe tidkrevende å delta, og det vil bli stilt spørsmål som kan oppleves noe ubehagelige.

Dersom sanseopplevelsene oppleves som ubehagelige og en ønsker hjelp kan du ringe:

TIPS telefonen: 51 51 59 59

Hjelpetelefonen: 116 123

Livskrisehjelpen: 55 56 87 54

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, klikker du på boksen nederst på siden. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Frank Larøi på e-post: frank.laroi@uib.no.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i de opplysninger som er registrert om deg og du har rett til å forandre på eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

I denne studien blir du bedt om å gi epost adressen din. Dette er nødvendig for at vi skal kunne kontakte deg en uke senere og for oppfølgestudier (se nedenfor). Epostadressen og svarene dine blir lagret separat på en sikker forskningsserver ved Universitet i Bergen. Kun et begrenset antall personer (Isabella Kusztrits - som skal utføre analysene, og prosjektleder Frank Larøi) kommer til å ha tilgang til både eposter og svarene og dette kun for å kunne ta kontakt på et senere tidspunkt.

Ved prosjektslutt (1. april 2022) vil opplysninger som knytter svarene til deg bli slettet, og innsamlet data vil bli anonymisert før publisering av resultater. Dette betyr at etter prosjektslutt så kan du ikke identifiseres. Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og har ansvar for at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

Du kan bli kontaktet igjen dersom det blir aktuelt med et oppfølgingsprosjekt. Det er da frivillig å delta.

Jeg bekrefter at jeg er minimum 18 år og samtykkekompetent. Jeg har lest og forstått samtykkeskjemaet.

(2) Nei

(1) Ja

Takk for interessen i studien vår, den kan ikke gjennomføres uten samtykke. Vil du avslutte studien?

(2) Nei

(1) Ja

Jeg bekrefter at jeg er minimum 18 år og samtykkekompetent. Jeg har lest og forstått samtykkeskjemaet.

(2) Nei

(1) Ja

Appendiks D

Self-Compassion Scale, norsk versjon.

Hvordan jeg typisk behandler meg selv når jeg har det vanskelig

Les hvert spørsmål grundig før du svarer. Indiker hvor ofte du tenker og føler som beskrevet i spørsmålet til venstre for hvert spørsmål. Bruk følgende skala:

Nesten aldri**Nesten alltid****1****2****3****4****5**

- _____ 1. Jeg er streng og fordømmende overfor mine egne feil og mangler.
- _____ 2. Når jeg er nedfor, blir jeg nesten som besatt av alt som er galt.
- _____ 3. Når ting ikke går slik jeg ønsker, ser jeg vanskelighetene som en del av livet, og noe som alle mennesker går igjennom.
- _____ 4. Når jeg tenker på mine svakheter får det meg til å føle meg annerledes og utenfor.
- _____ 5. Jeg prøver å være omsorgsfull mot meg selv når jeg har det vanskelig.
- _____ 6. Når jeg ikke får til noe som er viktig for meg, blir jeg overveldet av en følelse av å ikke være god nok.
- _____ 7. Når jeg er fortvilet og nedfor, minner jeg meg selv på at det er ganske vanlig å reagere slik innimellom.
- _____ 8. Når jeg har det virkelig vanskelig, pleier jeg å kritisere meg selv.
- _____ 9. Når noe gjør meg opprørt, prøver jeg å forholde meg til følelsene mine på en balansert måte
- _____ 10. Når jeg føler meg utilstrekkelig, prøver jeg å minne meg selv på at det er menneskelig å føle seg utilstrekkelig iblant.
- _____ 11. Jeg er intolerant og utålmodig ovenfor de sider av personligheten min som jeg ikke liker.
- _____ 12. Når jeg har en vanskelig periode, gir jeg meg selv den omsorgen og varmen jeg trenger.

_____13. Når jeg føler meg trist, pleier jeg å tenke at de fleste andre sikkert er mer lykkelig enn meg.

Nesten aldri

Nesten alltid

1

2

3

4

5

_____14. Når noe vondt skjer, forsøker jeg å se situasjonen klart og beholde en følelsesmessig balanse

_____15. Jeg prøver å se mine feil som en del av det å være menneske.

_____16. Når jeg ser sider ved meg selv som jeg ikke liker, er jeg klandrende og nedlatende ovenfor meg selv.

_____17. Når jeg mislykkes i noe som er viktig for meg, prøver jeg å se ting i perspektiv.

_____18. . Når jeg virkelig sliter, føler jeg at det meste går lettere for andre, enn for meg.

_____19. Jeg er snill mot meg selv når jeg har det vondt og vanskelig.

_____20. Når noe gjør meg opprørt blir jeg overveldet av følelsene mine.

_____21. Jeg kan være litt kald og hard mot meg selv når jeg har det vondt.

_____22. Når jeg føler meg nedfor, prøver jeg å være oppmerksom på følelsene mine og akseptere at de er der.

_____23. Jeg er tolerant ovenfor mine egne feil og mangler.

_____24. Når noe vondt skjer, pleier jeg å overdrive hendelsen.

_____25. Når jeg mislykkes med noe som er viktig for meg, pleier jeg å føle at jeg er alene i å mislykkes.

_____26. Jeg prøver å være forståelsesfull og tålmodig overfor de sider av meg selv jeg ikke liker.

Coding Key:

Self-Kindness Items: 5, 12, 19, 23, 26

Self-Judgment Items: 1, 8, 11, 16, 21

Common Humanity Items: 3, 7, 10, 15

Isolation Items: 4, 13, 18, 25

Mindfulness Items: 9, 14, 17, 22

Over-identified Items: 2, 6, 20, 24

Subscale scores are computed by calculating the mean of subscale item responses. To compute a total self-compassion score, reverse score the negative subscale items before calculating subscale means - self-judgment, isolation, and over-identification (i.e., 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1) - then compute a grand mean of all six subscale means. Researchers can choose to analyze their data either by using individual sub-scale scores or by using a total score.

Appendiks E

The Beliefs about Voices Questionnaire-Revised, norsk versjon

BAVQ-R

Spørreskjema vedrørende antagelser om, og reaksjoner på å høre stemmer

Mange mennesker hører stemmer. Det ville være hjelpe oss å forstå bedre hvordan du opplever det å høre stemmer hvis du kunne fylle ut dette spørreskjemaet. Vennligs les gjennom hvert utsagn nedenfor og grader i henhold til skalaen slik at det best beskriver hvordan du har opplevd den siste uken.

Hvis du hører mer enn en stemme, så krysser du av for den stemmen som er mest dominerende

Takk for hjelpen.

Navn

Alder

| Jeg tror det følgende om stemmen jeg hører: | | Helt uenig | Litt uenig | Litt enig | Helt enig |
|---|---|------------|------------|-----------|-----------|
| 1. | Stemmen straffer meg for noe jeg har gjort | | | | |
| 2. | Stemmen ønsker å hjelpe meg | | | | |
| 3. | Stemmen har mye makt over meg | | | | |
| 4. | Stemmen forfølger meg uten grunn | | | | |
| 5. | Stemmen ønsker å beskytte meg | | | | |
| 6. | Stemmen ser ut til å vite alt om meg | | | | |
| 7. | Stemmen er ond | | | | |
| 8. | Stemmen hjelper meg med å bevare forstanden | | | | |
| 9. | Stemmen får meg til å gjøre ting jeg ikke ønsker | | | | |
| 10. | Stemmen ønsker å skade meg | | | | |
| 11. | Stemmen hjelper meg med å utvikle spesielle krefter eller evner i meg | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|
| 12. | Jeg kan ikke kontrollere stemmene mine | | | | |
| 13. | Stemmene vil ha meg til å gjøre dumme ting | | | | |
| 14. | Stemmen hjelper meg til å nå mine mål i livet | | | | |
| 15. | Stemmen vil skade eller drepe meg hvis jeg ikke adlyder eller jeg motarbeider den | | | | |
| 16. | Stemmen ønsker å forderve eller ødelegge meg | | | | |
| 17. | Jeg er takknemlig for stemmen | | | | |
| 18. | Stemmen styrer mitt liv | | | | |
| 19. | Stemmen beroliger meg | | | | |
| 20. | Stemmen skremmer meg | | | | |
| 21. | Stemmen gjør meg glad | | | | |
| 22. | Stemmen gjør meg trist | | | | |
| 23. | Stemmen gjør meg sint | | | | |
| 24. | Stemmen gjør meg rolig | | | | |
| 25. | Stemmen gjør meg enstelig | | | | |
| 26. | Stemmen gjør at jeg føler meg sikker | | | | |

| Når jeg hører stemmen pleier jeg vanligvis: | | Helt uenig | Litt uenig | Litt enig | Helt enig |
|--|---|------------|------------|-----------|-----------|
| 27. | Jeg ber stemmen om å la meg være i fred | | | | |
| 28. | Jeg prøver å ignorere stemmen | | | | |
| 29. | Jeg prøver å stoppe stemmen | | | | |
| 30. | Jeg foretar meg noe for å få stemmen til å holde opp med å snakke | | | | |
| 31. | Jeg vil nødig adlyde stemmen | | | | |
| 32. | Jeg lytter til stemmen fordi jeg ønsker det | | | | |
| 33. | Jeg gjør villig det stemmen forteller meg at jeg skal gjøre | | | | |
| 34. | Jeg har engasjert meg for å komme i kontakt med stemmen | | | | |
| 35. | Jeg søker råd fra stemmen | | | | |

Skåringsveiledning

Alle spørsmålene har fire ulike svaralternativer, Ikke enig (0), usikker (1), litt enig (2), Sterkt enig (3).

Spørreskjemaet har tre skalaer som måler den meningen man gir til stemmen:

Ondsinnethet (spørsmål 1, 4, 7, 10, 13, 16)

Vennligsinnethet (spørsmål 2, 5, 8, 11, 14, 17)

Omnipotens (spørsmål 3, 6, 9, 12, 15, 18)

De tre skalaene har derfor mulige skåringsverdier fra 0 til 18.

Som det originale BAVQ måler også dette spørreskjemaet motstand og engasjement, to ulike måter å relatere seg til stemmer på. Motstand og engasjement har begge både emosjonelle og adferdsmessige spørsmål.

Motstand

- Emosjon (spørsmål 20, 22, 23, 25): Skåringsverdi 0-12
- Adferd (spørsmål 27, 28, 29, 30, 31): Skåringsverdi 0-15

Engasjement

- Emosjon (spørsmål 19, 21, 24, 26): Skåringsverdi 0-12
- Adferd (spørsmål 32, 33, 34, 35): Skåringsverdi 0-12

Emosjon og adferdsskåre kan enten summeres for å gi en total skåre for motstand (verdiskala 0-27) og engasjement (verdiskala 0-24), de kan behandles separat, eller begge deler.

Appendiks F

The Resilience Scale for Adults, norsk versjon

Resilience skala for voksne

Vennligst angi hvordan du i løpet av den siste måneden har tenkt og følt om deg selv, og om betydningsfulle mennesker omkring deg. Vennligst kryss av i boksen som er nærmest det utsagnet som best beskriver deg.

(Utviklet av Odin Hjemdal & Oddgeir Friborg)

| | | | |
|---|--|--------|---|
| 1. Når noe uforutsett skjer | <i>føler jeg meg ofte rådvill</i> | □□□□□□ | <i>finner jeg alltid en løsning</i> |
| 2. Planene mine for fremtiden er | <i>vanskelige å gjennomføre</i> | □□□□□□ | <i>gjennomførbare</i> |
| 3. Jeg trives best | <i>sammen med andre mennesker</i> | □□□□□□ | <i>for meg selv</i> |
| 4. I familien min er forståelsen av hva som er viktig i livet | <i>ganske forskjellig</i> | □□□□□□ | <i>lik</i> |
| 5. Personlige tema kan jeg | <i>ikke ta opp med noen</i> | □□□□□□ | <i>ta opp med venner/familiemedlemmer</i> |
| 6. Jeg fungerer best når jeg | <i>har et mål å strekke meg mot</i> | □□□□□□ | <i>får ta en dag av gangen</i> |
| 7. Mine personlige problemer | <i>vet jeg hvordan jeg kan løse</i> | □□□□□□ | <i>finner jeg ingen løsning på</i> |
| 8. Jeg føler at fremtiden min | <i>ser lovende ut</i> | □□□□□□ | <i>er usikker</i> |
| 9. Å kunne være fleksibel i sosiale sammenhenger | <i>er jeg mindre opptatt av</i> | □□□□□□ | <i>er viktig for meg</i> |
| 10. Jeg trives | <i>svært godt i familien min</i> | □□□□□□ | <i>dårlig i familien min</i> |
| 11. De som er flinke til å oppmuntre meg | <i>er noen nære venner/familiemedlemmer</i> | □□□□□□ | <i>finnes ikke</i> |
| 12. Når jeg skal gjøre noe | <i>planlegger jeg sjelden og hopper bare i det</i> | □□□□□□ | <i>foretrekker jeg å ha en plan</i> |
| 13. Mine vurderinger og avgjørelser | <i>tviler jeg ofte på</i> | □□□□□□ | <i>stoler jeg fullt ut på</i> |

| | | | |
|---|--|--------|---------------------------------------|
| 14. Målene mine | vet jeg hvordan jeg skal nå | □□□□□□ | er jeg usikker på hvordan jeg skal nå |
| 15. Nye vennskap | knytter jeg lett | □□□□□□ | har jeg vansker med å knytte |
| 16. Familien min preges av | Splittelser | □□□□□□ | godt samhold |
| 17. Samholdet mellom vennene mine | er dårlig | □□□□□□ | er godt |
| 18. Jeg er flink til å | organisere tiden min | □□□□□□ | rote bort tiden min |
| 19. Troen på meg selv | får meg gjennom vanskelige perioder | □□□□□□ | hjelper meg lite i vanskelig perioder |
| 20. Målene mine for fremtiden er | uklare | □□□□□□ | godt gjennomtenkte |
| 21. Å komme i kontakt med nye folk | er vanskelig for meg | □□□□□□ | er jeg flink til |
| 22. I vanskelige perioder | beholder familien min et positivt syn på fremtiden | □□□□□□ | ser familien min mørkt på fremtiden |
| 23. Når noen familiemedlemmer kommer i en krise | får jeg raskt beskjed | □□□□□□ | får jeg sent beskjed |
| 24. Regler og faste rutiner | mangler i hverdagen min | □□□□□□ | er en del av hverdagen min |
| 25. I motgang har jeg en tendens til | å se mørkt på tingene | □□□□□□ | finne noe bra jeg kan vokse på |
| 26. Når jeg er sammen med andre | sitter latteren min løst | □□□□□□ | sitter latteren langt inne |
| 27. Overfor andre mennesker, er vi i vår familie | lite støttende overfor hverandre | □□□□□□ | lojale ovenfor hverandre |
| 28. Jeg får støtte fra | venner/familiemedlemmer | □□□□□□ | ingen |
| 29. Hendelser i livet som jeg vanskelig kan gjøre noe med | klarar jeg å innfinne meg med | □□□□□□ | er en stadig kilde til bekymring |
| 30. Å komme på gode samtaleemner synes jeg er | vanskelig | □□□□□□ | enkelt |
| 31. I familien min liker vi å | finne på fellesaktiviteter | □□□□□□ | gjøre ting hver for oss |
| 32. Når det trengs, har jeg | aldri noen som kan hjelpe meg | □□□□□□ | aldri noen som kan hjelpe meg |
| 33. Mine nære venner/familiemedlemmer | verdsetter egenskapene mine | □□□□□□ | misliker egenskapene mine |

Skåring av instrumentet

Spørsmål markert med * må reverseres før summering av faktorskårer (altså 1=7, 2=6, 3=5, 4=4, 5=3, 6=2, 7=1).

Factor 1A: Perception of self (6 items): 1 – 7* – 13 – 19* – 25 – 29*

Factor 1B: Planned future (4 items): 2 – 8* – 14* – 20

Factor 2: Social competence (6 items): 3* – 9 – 15* – 21 – 26* – 30 Factor 3:
Family cohesion (6 items): 4 – 10* – 16 – 22* – 27 – 31*

Factor 4: Social resources (7 items): 5 – 11* – 17 – 23* – 28* – 32 – 33* Factor 5:
Structured style (4 items): 6* – 12 – 18* – 24

Appendiks G

Tabell over demografiske variabler, del 2

Tabell G1. Demografiske variabler for arbeid, utdanningsnivå og frekvens av stemmer

| Variabel | Kliniske stemmehørere (n = 23) | | Friske stemmehørere (n = 29) | |
|---------------------------|-----------------------------------|----------|---------------------------------|----------|
| | n | χ^2 | n | χ^2 |
| Arbeid | | 7,13 (3) | | 7,13(3) |
| Lønnet arbeid | 8 | | 14 | |
| Pensjonist/trygdet | 5 | | 0 | |
| Selvst.næringsdr. | 0 | | 0 | |
| Arbeidsledig, permittert | 1 | | 1 | |
| Utdanning/mil.tj. | 9 | | 14 | |
| Høyeste utdanningsnivå | | 3,58(4) | | 3,58(4) |
| Grunnskole | 1 | | 1 | |
| Videregående skole | 8 | | 6 | |
| Universitet (under 4 år) | 8 | | 10 | |
| Universitet (over 4 år) | 6 | | 12 | |
| Frekvens for stemmehøring | | 5,08(4) | | 5,08(4) |
| Daglig | 3 | | 5 | |
| Flere ganger i uken | 2 | | 2 | |
| Flere ganger i måneden | 5 | | 2 | |
| Månedlig | 6 | | 4 | |
| Sjeldnere enn månedlig | 7 | | 16 | |

Merknader. * $p < .014$. ** $p < .001$.