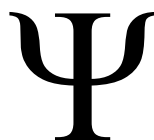




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Hvordan kan et recoveryperspektiv og et selvforstyrrelsesperspektiv på
psykoselidelser utfylle hverandre?
En teoretisk undersøkelse med utgangspunkt i personer med psykoselidelsers
erfaringer med arbeid*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Sofie Antonsen

Høst 2020

Veileder
Marius Veseth

Forord

Oppgaven er skrevet i utvidet artikkelform etter referansestilen APA6th. For å gi leseren en oversikt fra starten av inneholder den i tillegg en innholdsfortegnelse. Jeg vil rette en stor takk til min hovedveileder, Marius Veseth, for å ha ledet meg gjennom prosessen med å skrive oppgaven. Tusen takk også til venner og familie for støtte, gjennomlesninger og verdifulle innspill.

Sammendrag

Psykoselidelser har tradisjonelt vært forstått innenfor et biomedisinsk perspektiv. For å forstå ulike sider ved disse fenomenene er det i tillegg behov for forståelsesmodeller med et bredere fokus. Blant annet har fenomenologiske tilnærminger vunnet stadig mer innflytelse. To av disse er det som kan betegnes for et recoveryperspektiv og et selvforstyrrelsesperspektiv. Tilnærmingene fremstår ulike i sine fokus på henholdsvis bedring og psykopatologi. Denne oppgaven utforsker hvordan perspektivene bidrar til en mer helhetlig forståelse av psykoselidelser. En teoretisk utforsking gjøres med utgangspunkt i hvordan personer med psykoselidelsers erfaringer med å være i arbeid rapporteres i kvalitative studier. Inkludering av personer med psykiske lidelser i arbeidslivet er et satsningsområde både politisk og vitenskapelig. Hvordan erfaringene forstås fra tilnærminger basert i folks levde erfaringer har bidratt til innsikt i hvordan og hvorfor inkludering lykkes eller mislykkes. Oppgaven finner at et recoveryperspektiv synliggjør hvordan å være i arbeid kan bidra til bedring, ved å utforske betydningen av et bredt spekter av hverdagslige fenomener, fokusere på utvikling av styrker hos personer med psykiske lidelser, og å ha et generelt fokus på inkludering. Et selvforstyrrelsesperspektiv ser psykoselidelser hovedsakelig som en forstyrrelse av selvet, og evner på sin side å synliggjøre og forklare de spesifikke utfordringene det kan innebære for intrapersonlig og interpersonlig fungering. Perspektivene gir derfor ulike, men potensielt forenelige bidrag til forståelsen av hva arbeid kan bety for personer med psykoselidelser, ved at et recoveryperspektiv tar høyde for livserfaringer som ikke nødvendigvis er relatert til lidelsen, mens et selvforstyrrelsesperspektiv også synliggjør lidelsesspesifikke utfordringer.

Abstract

Psychotic disorders are traditionally understood from a biomedical perspective. In order to better understand the various aspects of these phenomena, there is a need for models taking on a broader perspective. Among these, phenomenological approaches are gaining attention. Two of these are what can be considered a recovery perspective and the ipseity- disturbance model. These approaches differ in their emphasis on recovery and psychopathology, respectively. This paper explores how the two approaches contribute to a more holistic understanding of psychotic disorders. A theoretical investigation is carried out based on how work life experiences of people with psychotic disorders are reported in qualitative studies. Inclusion of people with psychiatric disabilities in paid employment is a widely considered topic both politically and scientifically. How these experiences are understood in approaches considering people's lived experiences has provided insight in to how and why inclusion succeeds or fails. This paper finds that a recovery perspective considers the way in which employment contributes to recovery by exploring the significance of a wide range of everyday phenomena, by focusing on the assets of people with psychiatric disabilities, and by its general emphasis on inclusion. The ipseity- disturbance model sees psychotic disorders mainly as a disturbance of the self and explores ways in which living with self-disorders involves intrapersonal and interpersonal challenges. The two approaches represent differing, but potentially compatible contributions to the understanding of the meaning of employment to people with psychotic disorders. A recovery perspective by considering life experiences not necessarily related to the disorder, and the ipseity- disturbance model by highlighting challenges specific to psychotic disorders.

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	5
Innholdsfortegnelse	6
Bakgrunn	8
<i>Personer med psykoselidelser blir bedre</i>	9
<i>Psykoselidelser fra et førstepersonsperspektiv</i>	10
<i>Betydningen av arbeid</i>	12
<i>Personer med psykiske lidelser i arbeidslivet</i>	13
<i>Et recoveryperspektiv på psykisk lidelse</i>	16
Recoverybevegelsens historie.	17
Recovery som en sosial prosess.	19
Recoveryorientert praksis.....	20
<i>Psykoselidelser i et selvforstyrrelsesperspektiv</i>	22
Selvforstyrrelsesmodellen.	23
Selvforstyrrelser i sosial kontekst.	25
Selvforstyrrelser i terapi.	26
Hvordan kan tilnærmingene hjelpe oss å forstå fenomenet arbeid?	28
<i>Hvordan oppleves det å være i arbeid for personer med psykoselidelser?</i>	29
(a) Arbeid som identitetsbyggende.	30

(b) Arbeid som sosial arena.....	34
(c) Arbeid som å representere normalitet.....	40
(d) Arbeid som mulighet til å gjøre noe meningsfullt og å leve i tråd med egne verdier.	45
(e) Arbeid som mulighet til å styrke agens og mestring.	48
(f) Arbeid som å tilby struktur.....	51
(g) Arbeid som å tilby økonomisk stabilitet og frihet.	55
Avsluttende refleksjoner	57
<i>Er det hensiktsmessig å sammenlikne et recoveryperspektiv og et selyforstyrrelsesperspektiv, og kan de utfylle hverandre?</i>	<i>58</i>
<i>Kan en teoretisk utforskning være av betydning for videreutviklingen av arbeidsrettede tiltak?.....</i>	<i>59</i>
<i>Burde alle jobbe?</i>	<i>60</i>
<i>Styrker og svakheter ved oppgaven.....</i>	<i>61</i>
Referanser	63

Bakgrunn

«Betegnelsen, begrepet og diagnosen schizofreni er under press», skriver Paul Møller i sin bok *Schizofreni- en forstyrrelse av selvet* (2018, p. 16). Han refererer blant annet til diskusjon rundt diagnosens validitet. Schizofreni ble lenge ansett som en kronisk lidelse (Andreasen et al., 2005; Friis, 2012; Lally et al., 2017; Leonhardt et al., 2017). Studier har imidlertid vist at enkelte unektelig opplever å bli bedre (World Health Organization [WHO], 1973; AlAqeel & Margolese, 2012; Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss & Breier, 1987; Harrison, Janca, Hopper & Sartorius, 2007; Lally et al., 2017). Forståelsesmodellene for psykoselidelser kritiseres for å unnlate å beskrive hvordan lidelsen oppleves for de som er rammet (Hamm, Leonhardt, Ridenour, Lysaker & Lysaker, 2018). Fenomenologiske tilnærminger har forsøkt å utvide denne forståelsen. Jeg vil i denne oppgaven undersøke to av de mest fremtredende av disse: en recoverytilnærming og en selvforstyrrelsestilnærming.

En recoverytilnærming til psykoselidelser handler om å forstå hvordan en kan oppleve vekst og positiv utvikling på tross av lidelse (Veseth & Skjølberg, 2016), mens en selvforstyrrelsestilnærming handler om å forstå hvordan symptomer på psykoselidelser oppstår som en følge av endringer i selvopplevelse (Sass, 2014). Hamm et al. (2018) finner ulikheter i hvordan de to perspektivene tilnærmer seg fenomenologisk undersøkelse. De undersøker ulike faser av et lidelsesforløp, ulike aspekter ved psykoselidelser, og tillegger responsene ulik tolkning. Jeg vil diskutere hvordan de likevel kan sees å utfylle hverandre. For klarhet i diskusjonen vil jeg ta utgangspunkt i ett sentralt tema, arbeid. Studier finner en rekke positive effekter av arbeidsdeltakelse for personer med psykoselidelser (Choi, Joung, Kim & Kim, 2020; Marwaha & Johnson, 2004). Likevel står et flertall uten arbeid (Evensen et al., 2016; Jonsdottir & Waghorn, 2015). Kan de fenomenologiske tilnærmingene bidra til forståelse av utfordringene personer med psykoselidelser kan stå ovenfor i en arbeidssituasjon, og hva ved arbeid som kan være terapeutisk?

Personer med psykoselidelser blir bedre

Omtrent halvparten av befolkningen vil rammes av minst én psykisk lidelse i løpet av livet (Mykletun & Knudsen, 2009). Lidelsene varierer fra de som anses å være relativt lette og av kort varighet, til de mer alvorlige og langvarige som kan innebære stor funksjonsnedsettelse og høyt lidelsestrykk. Schizofreni og andre psykoselidelser regnes som alvorlige psykiske lidelser (Brage, Nossen, Kann & Thune, 2012). De ulike psykoselidelsene har overlappende symptomer (Andreasen, 1987), men for at diagnosen schizofreni skal settes kreves en viss varighet av symptomene (WHO, 1992, s. 88). Internasjonale systematiske litteraturstudier har funnet en livstidsprevalens av schizofreni på 0,4 % (Bhugra, 2005; Jablensky, 2000; Saha, Chant, Welham & McGrath, 2005), mens en finsk studie fant en livstidsprevalens av samlede psykoselidelser på 3,5 % (Perälä et al., 2007). Blant annet på grunn av likheter mellom de ulike psykoselidelsene, og ulikheter blant personer med schizofreni, er schizofrenidiagnosens validitet omdiskutert (Andreasen, 1987; Cooke & Kinderman, 2018). Av hensyn til dette vil jeg bruke begrepet psykoselidelser som et samlebegrep for diagnosene som hovedsakelig innebærer symptomer på psykose. Disse er schizofreni, schizotyp lidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser, induisert psykose, schizoaffektive psykoser, og andre eller uspesifiserte ikke-organiske psykoser (WHO, 1992). Der studiene eller tekstene jeg diskuterer refererer spesifikt til diagnosen schizofreni, vil jeg bruke begrepet schizofreni.

I de diagnostiske manualene ICD-10 (WHO, 1992) og DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) kategoriseres psykoselidelsene utfra observerbare symptomer. Disse innebærer blant andre vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser som kommer til uttrykk i språk, kataton atferd, og nedsatt interesse eller kommunikasjon av følelser (WHO, 1992, s. 87-88). Schizofreni har historisk sett blitt regnet som en kronisk lidelse (Andreasen et al., 2005; Friis, 2012; Lally et al., 2017; Leonhardt et al., 2017). Man ser imidlertid

annerledes på prognosen i dag. Allerede på 70-tallet var longitudinelle studier i gang med å vise at en andel av personer med alvorlige psykiatriske diagnoser, som schizofreni, ble bedre (WHO, 1973; Harding et al., 1987; Harrison et al., 2007). Det viser seg å være store variasjoner i langtidsutfall for personer med schizofreni (Andreasen et al., 2005; Jablensky, 2000) og enkelte opplever bedring over lengre perioder (Jobe & Harrow, 2005). Skjevheten i at personer med schizofreni har blitt forespeilet langvarige, kroniske forløp, samtidig med at en betydelig andel opplever bedring, forklares blant annet med fenomenet klinikerens illusjon (Harding et al., 1987). Klinikere ser i sin hverdag de sykeste blant en gruppe med samme psykiske lidelse, og sjeldent de som ikke oppsøker hjelp. Dette kan føre til generaliserte antakelser om pasientgrupper som mer svekket av lidelsen fra en klinikers perspektiv enn det de er, og utgjør på den måten en illusjon (Cohen, 1984). Funn av personer med psykoselidelser i bedring har altså ført til en utvikling i hvordan en vurderer prognose ved disse lidelsene. I de nasjonale faglige retningslinjene i Norge oppsummeres prognose ved schizofreni som at 25 % kun vil oppleve én sykdomsepisode og 25 % vil oppleve et kronisk forløp, mens de resterende 50 % vil oppleve et forløp som havner mellom de to ytterpunktene (Helsedirektoratet, 2013).

Psykoselidelser fra et førstepersonsperspektiv

Forskning på utvikling og behandling av psykoselidelser har blitt kritisert for å være reduksjonistisk ved å fokusere hovedsakelig på objektivt observerbare symptomer og å se disse som uttrykk for nevrofysiologiske og genetiske variasjoner, uten å ta høyde for det psykososiale miljøet rundt personene og deres egen opplevelse (Bassman, 1997; Cohen & Cohen, 1986; Hamm et al., 2018). Konvensjonell behandling av psykoselidelser fokuserer i stor grad på reduksjon av observerbare symptomer som innebærer realitetsbrist i sansing eller tankeinnhold, mens studier finner at symptomer som nedsatt interesse og kommunikasjon av følelser er sterkere knyttet til funksjonsnivå (Helsedirektoratet, 2013; Norman et al., 2000).

Diskusjonen rundt nytten av de diagnostiske kategoriene, variasjonene i langtidsutfall, kritikken rettet mot et reduksjonistisk fokus, og den begrensede effekten av konvensjonell behandling tyder på at vi er langt fra en fullstendig forståelse av psykoselidelser.

Med mål om å utvide denne forståelsen har tilnærminger som undersøker den enkeltes opplevelse av å ha en psykoselidelse fra et førstepersonsperspektiv vunnet frem (Bassman, 1997; Burgy, 2008; Lysaker & Lysaker, 2010; Sass, Parnas & Zahavi, 2011). Disse finner blant annet at opplevelsen av schizofreni bærer preg av en redusert og endret selvopplevelse (Davidson, 2020; Lysaker & Lysaker, 2010). Synet på svekket selvopplevelse som et kjernefenomen ved lidelsen har fulgt schizofreniens historie fra Bleuler og Kraepelins tid (Davidson, 2020; Davidson & Strauss, 1992; Sass & Parnas, 2003). Fenomenet kommer til uttrykk også i de diagnostiske manualene. I ICD-10 beskrives hvordan «lidelsen rammer de mest grunnleggende funksjonene som gir normale personer en opplevelse av individualitet, egenart og mening» (WHO, 1992, s. 86). I en undersøkelse av seks ulike perspektiver på selvopplevelse hos personer med schizofreni fant Lysaker og Lysaker (2010) at felles for flere av perspektivene var en beskrivelse av et redusert selv og en redusert evne til å navigere i omverdenen. Perspektivene har ulike syn på hvorvidt redusert selvopplevelse utgjør en forutsetning for lidelsen og i hvilken grad bedring er mulig (Lysaker & Lysaker, 2010).

Blant tilnærmingene som tar høyde for betydningen av selvopplevelse i psykose og hvordan psykose oppleves for den enkelte, er de to tradisjonene filosofisk fenomenologi, som innebærer selvforstyrrelsesmodellen, og recoverybevegelsen (Hamm et al., 2018).

Tradisjonene står på hver sin side for viktige bidrag til kunnskapsgrunnlaget om psykoselidelser, men har ulike fokus og intensjoner. Begge tilnærmingene er inspirert av fenomenologiens grunnlegger, Edmund Husserl (Davidson, 2003, s. 4; Sass & Parnas, 2003), som beskrev fenomenologi som undersøkelsen av folks umiddelbare opplevelser (Burgy, 2008). Larry Davidson, fremtredende innen recoverybevegelsen, argumenterer for at

recoveryforskning er i tråd med en fenomenologisk tilnærming i betydningen at det er studier av fenomener gjennom opplevelse (Davidson, 2003, s. 4). Selvforstyrrelsesperspektivet, på sin side, tilhører en gren av fenomenologien kalt kontinental filosofisk fenomenologi, som fokuserer på hvordan en opplever fenomener i større grad enn opplevelsens innhold (Kendler & Parnas, 2008).

Til tross for at tilnærmingene legger en felles fenomenologisk tilnærming til grunn, utforsker de ulike aspekter ved psykoselidelser (Hamm et al., 2018). Et selvforstyrrelsesperspektiv har fokus på hvordan personer med schizofreni opplever seg selv og verden på en måte som er ulik andres (Parnas, Handest, Saebye & Jansson, 2003). Recoveryperspektivet har på sin side fokus på å se deres livserfaringer som allmennmenneskelige, og på hvordan en kan leve best mulig på tross av utfordringene en psykisk lidelse innebærer (Davidson et al., 2001b). Forskning med utgangspunkt i selvforstyrrelser har gitt viktige kliniske bidrag til tidlig oppdagelse av psykose (Haug et al., 2017), mens et recoveryperspektiv i stor grad fokuserer på livsfaser etter at psykisk lidelse har inntruffet (Hamm et al., 2018). Jeg vil i denne teoretiske oppgaven utforske likheter og forskjeller ved disse to tilnærmingene med mål om å bidra til en mer helhetlig fenomenologisk forståelse av psykoselidelser.

Betydningen av arbeid

For å introdusere verdien av at den teoretiske diskusjonen tar utgangspunkt i folks erfaringer fra arbeid, vil jeg først si noe om betydningen av arbeid for mennesker med og uten psykiske lidelser, og for samfunnet forøvrig. Ifølge arbeidskraftundersøkelsen fra oktober 2020 er andelen sysselsatte i Norge 70,9 % av befolkningen (Statistisk sentralbyrå, 2020). Å jobbe er altså en substansiell del av livet for et stort flertall, og av så stor viktighet for hvordan vi lever at enhvers rett til arbeid er nedfelt i FNs menneskerettigheter (United Nations, 1948). Måten samfunnet er bygget på i Norge krever at en bestemt andel jobber til enhver tid. På den

måten er verdien av arbeid velferd, og dersom velferdssamfunnet skal forbli bærekraftig må innbyggerne i Norge jobbe mer fremover (Solberg, 2018). Hva som motiverer den enkelte til å jobbe varierer sannsynligvis. Kanskje lever mange en livsstil som arbeidstaker uten å ha reflektert så mye over hvorfor eller hva det gir og tar. En åpenbar motivasjon er lønn. Lønn gir muligheter og frihet til tak over hodet, mat, og mobilitet. Utover dette finnes både allmenne antakelser og vitenskapelige undersøkelser av hva det å ha en jobb har å si for hvordan vi har det. Arbeid kan, utover å være en inntektskilde, gi opplevelse av tilhørighet, mestring og mening (Kinn, Holgersen, Aas & Davidson, 2013). Samtidig kan det å være i arbeid innebære risiko for psykisk uhelse (Marchand, Demers & Durand, 2005), mobbing (Samnani & Singh, 2012) og utbrenthet (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009).

Blant de 33,1 % som står utenfor arbeidslivet finner vi gruppene alderspensjonister, arbeidsledige, personer under utdanning, og personer med helseproblemer (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017). De økonomiske utfordringene ved å stå utenfor arbeidslivet, har velferdsordningene i Norge som mål å bøte på. De øvrige godene arbeidslivet kan utgjøre en tilgang til kan en oppnå via andre arenaer, som gjennom familie og venner, betydningsfulle aktiviteter og frivillige engasjement (Piliavin & Siegl, 2007). Likevel finner internasjonale systematiske litteraturstudier at arbeidsledighet kan innebære stigmatisering, fremmedgjøring, sosial isolasjon og mangel på tilhørighet (du Toit, de Witte, Rothmann & van den Broeck, 2018), samt at det kan føre til svekket psykisk helse (Paul & Moser, 2009).

Personer med psykiske lidelser i arbeidslivet

Med utgangspunkt i personene som står utenfor arbeidslivet på grunn av helseproblemer, finner en rapport fra Folkehelseinstituttet en økning i antall innvilgelser av uførepensjon blant personer med psykiske lidelser sammenliknet med andre diagnoser. De konkluderer med at uførepensjon på grunn av psykiske lidelser sannsynligvis fører til flest tapte arbeidsår (Mykletun & Knudsen, 2009). I Norge koster trygdeytelser staten 41 milliarder

kroner årlig (Mykletun & Knudsen, 2009). Å få flere ut i arbeid vil derfor være av stor samfunnsøkonomisk betydning. Rapporter som denne har bidratt til inkludering i arbeidslivet som nasjonalt satsningsområde de siste tiårene.

I plandokumentet fra regjeringen, *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse 2013–2016*, etterlyses økt innsats for at personer med psykiske lidelser opprettholder en tilknytning til arbeidslivet. Det poengteres at for å nå målene i strategiplanen kreves tettere samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette krever utvikling i kunnskap og holdninger i begge leire (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Ansatte i arbeids- og velferdsforvaltningen må ha kunnskap om psykiske lidelser. Arbeidsgivere må ha informasjon om tilpasninger personer med psykiske lidelser kan ha behov for. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten må i større grad enn tidligere befatte seg med brukernes arbeidsliv, blant annet ved å tilegne seg kunnskap om hva som fremmer og hva som hemmer arbeidsdeltakelse.

Studier finner at holdninger blant profesjonelle i helsetjenesten i seg selv utgjør et hinder for sysselsetting (Hampson, Hicks & Watt, 2018). Antakelser om dårlige prognoser og at personer med alvorlige psykiske lidelser som psykoselidelser verken er kapable til eller ønsker arbeid, påvirker hvilke framtidsutsikter en blir forespeilet som pasient (Kinn, Holgersen, Borg & Davidson, 2016; Falkum et al., 2017). Krupa (2004) trekker frem hvordan psykisk helsepersonell i tråd med en stress-sårbarhetsmodell er opplært til å ha øyne for potensielle belastninger og risikosituasjoner som kan forverre symptomer på psykisk lidelse. Når arbeid havner innunder denne kategorien risikerer en at det terapeutiske ved å være i arbeid, og belastningen det kan utgjøre å stå utenfor arbeidslivet, underdrives.

Den politiske satsningen på inkludering i arbeidslivet sammenfaller med en rekke forskning på området. Undersøkelser av personer med psykiske lidelser i arbeid har bidratt til utviklingen av ulike tiltak som tar mål av seg å fylle hullene i det eksisterende tilbudet.

Internasjonalt har Individual Placement and Support (IPS) størst evidens (Kinoshita et al., 2013). IPS skiller seg fra tradisjonelle arbeidsrettede tiltak blant annet ved at en har gått bort fra å trene opp jobbferdigheter før en plasseres i jobb. I stedet tilbys individuell oppfølging parallelt med at en er i ordinært arbeid. I en systematisk litteraturgjennomgang gjennomført av Cochrane Collaboration i 2013 kommer modellen best ut blant tiltak med samme ambisjon, hva gjelder å få personer med psykiske lidelser raskt ut i jobb, samt å oppnå varig ansettelse (Kinoshita et al., 2013). Rinaldi et al. (2010) fant i sin systematiske litteraturgjennomgang at 69 % av personer med førstegangs psykose var i ordinær ansettelse eller utdanning etter å ha mottatt oppfølging i tråd med IPS, mot 35 % av en kontrollgruppe. Varianter av IPS er utbredt også i Norge, og har vist gode resultater (Evensen et al., 2017; Hegelstad, Joa, Heitmann, Johannessen & Langeveld, 2018; Reme et al., 2019; Sveinsdottir et al., 2020).

En rekke studier har funnet positive gevinster ved å være i arbeid for personer med psykoselidelser, som styrket sosial fungering, lavere symptomtrykk, økt livskvalitet, og økt selvtillit (Marwaha & Johnson, 2004). I retningslinjene for behandling av personer med psykoselidelser står det at «tiltak med sikte på å skaffe ordinært arbeid bør være hovedstrategien overfor personer med psykoselidelser så vel som for andre, jf. arbeidslinjen» (Helsedirektoratet, 2013, s. 106). Satsningen på at flere med psykoselidelser skal ut i ordinært arbeid sees altså som en viktig del av behandlingstilbudet for personer med disse lidelsene, i tillegg til å være av samfunnsøkonomisk nytte.

Likevel står mange med psykoselidelser uten arbeid. Internasjonale studier har funnet at 53-70 % av personer med schizofreni uten jobb ønsker å jobbe (Mueser, Salyers & Mueser, 2001), og at 60-90 % står uten arbeid (Jonsdottir & Waghorn, 2015; Marwaha & Johnson, 2004). Studier av utvalg i Norge har funnet at 62 % av personer med førstegangspsykose sto uten arbeid to år etter at de fikk diagnosen (Tandberg et al., 2011), og at bare 10 % av personer med schizofreni i arbeidsdyktig alder har jobb (Evensen et al., 2016). På tross av

satsning på inkludering i arbeidslivet, og gode resultater av arbeidsrettede tiltak, virker det altså som om mange står uten mulighet, støtte til, eller tilbud om arbeid. Dette synliggjør et behov for økt satsning på implementering av arbeidsrettede tiltak (Jonsdottir & Waghorn, 2015; Spjelkavik, 2012), samt for mer forskning på hvilke aspekter ved å være i arbeid som kan bidra til bedring av psykisk helse (Kinoshita et al., 2013).

I denne oppgaven vil jeg med utgangspunkt i temaer identifisert av forskning på hvordan det oppleves å være i arbeid for personer med psykoselidelser utforske og sammenlikne de to fenomenologiske perspektivene. Min hovedproblemstilling er hvordan tilnærmingenes forståelse av betydningen av arbeid står i forhold til hverandre. Samtidig ønsker jeg å bidra til ytterligere teoretisk forankring av satsningen på inkludering av personer med psykiske lidelser i arbeidslivet. Først vil jeg imidlertid gi en utdypende introduksjon til de to teoretiske tilnærmingene, hva de ser som terapeutisk ved psykoselidelser, og i hvilken grad de tar høyde for betydningen av de sosiale omstendighetene rundt personer med psykoselidelser, der arbeid kan utgjøre en substansiell del.

Et recoveryperspektiv på psykisk lidelse

Et recoveryperspektiv på psykisk lidelse kan forstås som en tilnærming, en modell, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi, et paradigme, en bevegelse, en visjon- og blant skeptikerne også en myte (Roberts & Wolfson, 2004, s. 38). Recoveryorienterte fagmiljøer har stått ovenfor en omfattende jobb med å klargjøre hva som menes med begrepet recovery blant ulike forståelser og anvendelser (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013a). I recoverylitteraturen skilles det mellom recovery som en personlig prosess, recovery som en sosial prosess, og recovery som et resultat (Borg et al., 2013a). Recovery som et resultat kan kalles klinisk recovery. Hvorvidt en er i klinisk recovery fra en psykisk lidelse baseres på fagpersoners objektive observasjoner av symptombedring og tilbakeføring til normal fungering (Rossi et al., 2018; Veseth & Skjølberg, 2016). Til forskjell handler personlig

recovery om å se bedring som en prosess, der den enkeltes subjektive opplevelse av å leve godt, selv med en psykisk lidelse, vektlegges (Veseth & Skjølberg, 2016). At begrepet brukes selv der det ikke nødvendigvis innebærer at en blir symptomfri har ført til et behov for å begrunne hvorfor det allikevel er passende (Davidson, Schmutte, Dinzeo & Andres-Hyman, 2007). Studier av personer med alvorlige psykiske lidelser i recovery viser at en andel opplever å bli friske fra symptomer, mens en annen opplever å leve tilfredsstillende liv på tross av dette (Davidson & Roe, 2007). Undersøkelser av korrelasjonen mellom psykisk lidelse og psykisk helse tyder på at god psykisk helse er mer enn fravær av lidelse (Keyes, 2005). I undersøkelser av personlig recovery ser en derfor lidelse og bedring som potensielt uavhengige prosesser (Slade, 2010). En mye brukt definisjon av personlig recovery er William Anthonys fra 1993:

Recovery is a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful and contributing life even within the limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. (s. 15)

Anthony vektlegger at personlig recovery ikke innebærer at erfaringer med lidelse ikke lenger er av betydning, men at en har gått videre til å fokusere på andre aspekter ved livet og tilværelsen, slik at lidelsen ikke lenger er hovedfokus (Anthony, 1993). Fokus på personlig recovery ved psykiske lidelser har spredd seg i implementering av nasjonale helsetjenester internasjonalt (Slade & Longden, 2015), og interessen i Norge er økende (Borg et al., 2013a). Jeg vil gi en kort introduksjon til recoverybevegelsens historie, recovery som sosial prosess, og recoveryorientert praksis.

Recoverybevegelsens historie. Recoverybegrepet fant vei inn i psykiatrien via amerikanske programmer for rusavhengighet. En ble ansett som å være i recovery så lenge en

gjorde aktive forsøk på å gjenoppbygge et meningsfullt liv på tross av avhengighetslidelsen (Davidson et al., 2007). Inspirert av borgerrettsbevegelsen i USA på 60- tallet satte brukerorganisasjoner for personer med psykiske lidelser i gang kampen for at grunnleggende menneskerettigheter, som rett til arbeid og en tilfredsstillende levestandard, også skulle gjelde personer med alvorlige psykiske lidelser (Bassman, 1997; Chamberlin, 1990). Perioden etter deinstitutionaliseringen av psykiatrien, der tidligere langtidsinnlagte pasienter ble skrevet ut av sykehusene, hadde gjort det tydelig at stigma ved psykiske lidelser og mangel på muligheter frarøvet personer med psykiske lidelser rettigheter på linje med andre (Anthony, 1993; Davidson et al., 2001b).

Som nevnt var longitudinelle studier på samme tid i gang med å vise at flere med antatt kroniske psykiske lidelser ble bedre (WHO, 1973; Harrison et al., 2007). Å forespeile noe annet enn kronisitet og forverring var altså mulig. Undersøkelser av hvilke faktorer som fasiliterte denne bedringen fant vei inn i forskningslitteraturen på 90-tallet (Topor, 2004). En lette etter svarene fra et fenomenologisk, førstepersonsperspektiv ved å spørre personene som selv hadde opplevd bedring hva som var viktig for dem i prosessen (Veseth, 2014). Kunnskapsgrunlaget for recoveryperspektivet kommer på den måten fra to kilder, forskning på behandlingsresultater og brukererfaringer (Borg et al., 2013a). En rekke personlige vitnesbyrd om bedring indikerte at hva som var av betydning for den enkeltes bedringsprosess var svært individuelt og variabelt (Topor, 2004). I ivaretagelse av den enkeltes rettigheter og integritet ligger det at en anerkjenner de individuelle variasjonene. Disse er nettopp bedringsprosesser fordi de er betydningsfulle for den enkelte, og hadde ikke nødvendigvis vært bedringsfremmende for en annen.

Ettersom vitnesbyrdene om- og studiene av bedring ble flere, lå likevel muligheten der for å lete etter fellestrekk i bedringshistoriene (Slade, 2010). En systematisk litteraturgjennomgang fra 2011 foreslår et rammeverk over sentrale bestanddeler i en

recoveryprosess bestående av de fem overordnede kategoriene *tilhørighet* (connectedness), *håp* (hope and optimism about the future), *identitet* (identity) og *myndiggjøring* (empowerment), som tilsammen utgjør anagrammet CHIME (Leamy, Bird, Boutillier, Williams & Slade, 2011). Law & Morrison (2014) undersøkte enighet rundt påstander om begrepet recovery blant personer med psykoselidelser. De fant at 91 % av deltakerne var enige om at utsagnene «recovery is the achievement of a personally acceptable quality of life» og «recovery is feeling better about yourself» var beskrivende for begrepet. Selv om personlig recovery er en individuelt unik prosess, er det altså gjort forsøk på å beskrive recovery i generelle trekk med hensikt å bidra til konseptuell klarhet.

Recovery som en sosial prosess. Anthonys definisjon av recovery, som jeg viste til ovenfor, har bidratt til å gi individet agens, integritet og status som å være av betydning for sin egen behandling. Definisjonen har likevel fått kritikk for å være preget av et individualistisk verdensbilde (Price-Robertson, Obradovic & Morgan, 2017), for å legge for stor vekt på personlig ansvar (Harper & Speed, 2012), og for å gi inntrykk av at recovery som personlig prosess foregår løsrevet fra omgivelsene (Topor, Borg, Di Girolamo & Davidson, 2011). Beretningene om bedring vitner om en avgjørende betydning av venner, familie, relasjoner med profesjonelle, og strukturene rundt personer i en bedringsprosess (Topor et al., 2011). Å oppnå kontroll over eget liv, tilknytning til sosiale miljøer og gjenoppbygging av en positiv identitet forutsetter at omgivelsene og samfunnsstrukturene muliggjør det (Tew et al., 2012). Glover (2012) introduserer begrepet *recoverynærende omgivelser*. Disse beskrives som å muliggjøre vekst, utvikling og håp. I begrepet ligger det samtidig at enkelte omgivelser ikke er recoverynærende. Veseth og Skjølberg (2016) skriver at å inneha en meningsfull sosial rolle, eksempelvis som arbeidstaker, ofte trekkes frem som å være av betydning i en recoveryprosess. Dette viser hvordan verdier og strukturer i samfunnet spiller en rolle for recovery. Borg et al. (2013a) oppsummerer fellestrekk ved forståelsesmodeller av recovery

som en sosial prosess. Disse anerkjenner hvordan psykisk lidelse ofte henger sammen med livshendelser, tar hensyn til samfunnsstrukturers rolle i utvikling og opprettholdelse av psykisk lidelse, og ser sammenhengene mellom psykisk helse og sosiale strukturer som klasse og sosial status. Anerkjennelsen av at recovery også er en sosial prosess har altså bidratt til at strukturen rundt personer med psykiske lidelser har blitt viet oppmerksomhet (Borg et al., 2013a).

En følge av denne dreiningen er å se tiltak utviklet spesielt for personer med psykiske lidelser som potensielt diskriminerende dersom de er rettet mot universelle utfordringer som arbeidsledighet eller begrenset sosialt nettverk (Slade & Longden, 2015). En ser heller at personer med psykiske lidelser tilbys ordinære tiltak rettet mot utfordringer som ikke spesifikt er knyttet til den psykiske lidelsen (Davidson et al., 2001b). Empiri som støtter en slik tilnærming er blant annet hvordan arbeidsrettede tiltak som IPS, der en blir plassert direkte i jobb og tilbudt oppfølging underveis, har vist seg mer effektive enn tilnærminger der en gjennomgår spesialiserte treningsprogram for utvikling av sosiale- og jobbrelaterte ferdigheter først (Kinoshita et al., 2013).

Recoveryorientert praksis. De sentrale bestanddelene i recoveryprosesser, som håp, selvbestemmelse og inkludering, utgjør kjernen i recoveryorientert praksis (Helm, 2009, s. xvii). Utformingen av hva en slik praksis vil innebære, krever en anerkjennelse av hvordan den vil være ulik konvensjonell klinisk praksis (Tondora, Miller, Slade, Davidson & Davidson, 2014, s. 8). Selv om medisinsk og psykoterapeutisk behandling er en blant mange veier til recovery, foregår nøkkelprosesser ofte utenom terapi (Slade & Longden, 2015). I forsøk på å implementere recoveryorientert praksis sees enkelte historisk nedarvede oppfatninger om psykiske lidelser, både i terapeutisk kultur og i samfunnet som helhet, som å stå til hinder (Helm, 2009, s. xvi). Davidson et al. (2001b) etterlyser blant annet at temaene sosial inkludering, menneskeverd, meningsfull aktivitet og håp adresseres i behandling uten

en forutsetning om å være frisk fra lidelse først. Poenget illustreres ved å vise til hvordan å være frisk fra diabetes eller andre vedvarende livsstilssykdommer ikke er et krav for å få støtte i å leve så godt som mulig med utfordringene lidelsen innebærer. Heller enn å være noe som kommer i tillegg til konvensjonell praksis, må recoveryorientert praksis derfor innebære gjennomgripende endringer ikke bare på individnivå, men også på system- og samfunnsnivå (Helm, 2009, s. 12). På samme måte som det kjempes for rullestolbrukeres rettigheter ved å kreve tilrettelegging for tilgang til de arenaene de ønsker, forutsetter ivaretagelse av personer med psykiske lidelsers rettigheter også tilgjengelighet til et mangfold av arenaer (Helm, 2009, s. 14; Veseth, 2014). Slike grunnleggende rettigheter vil kunne innebære tilgang til arbeid, utdanning, vennskap og familieliv, såvel som til behandling.

Overordnet beskrives derfor recoveryorientert praksis som å forutsette et paradigmeskifte innen helsetjenestene der blant annet maktbalansen mellom bruker og profesjonell blir utfordret (Borg et al., 2013a; Slade, 2012). For å kunne oppnå et utgangspunkt preget av gjensidig respekt må skillet mellom «oss», profesjonelle, og «dem», personer med psykiske lidelser, utfordres (Tondora et al., 2014, s. 4). Boken *Partnering for recovery in mental health: A practical guide to person- centered planning* (Tondora et al., 2014) innebærer konkrete punkter recoveryorientert praksis kan innebære for helsepersonell. En kan tilrettelegge for at initiativet til- og retningen prosessen tar kommer fra brukeren. En kan i stor grad involvere betydningsfulle andre, som pårørende, dersom disse kan utgjøre en støtte for den som gjennomgår en recoveryprosess. En kan fokusere på styrker og evner hos brukeren, heller enn funksjonssvekkelsen som kommer av psykisk lidelse. Og en kan oppfordre brukeren til å benytte seg av tilbud, arenaer og livsførsler som ikke nødvendigvis er en del av behandlingstilbudet for psykiske lidelser. Samtidig krever å jobbe recoveryorientert å kommunisere at en recoveryprosess vil være krevende, innebære usikkerhet, og til tider oppleves som å gå bakover heller enn fremover (Tondora et al., 2014, s. 12). I likhet med en

rekke somatiske tilstander er heller ikke bedring fra psykisk lidelse en lineær prosess, men kan være preget av gode og dårlige perioder (Slade & Longden, 2015).

Recovery er således ikke en behandlingsmetode i seg selv, men ved å ivareta menneskerettigheter, verdighet og å fokusere på vekst og positiv utvikling, kan en jobbe recoveryorientert eller recoverystøttende (Veseth & Skjølberg, 2016). Å oppnå bedring kan bare gjøres av den som lever med en lidelse, mens å tilrettelegge for bedring er helsetjenestens oppgave (Anthony, 1993). Profesjonelle i psykisk helsevern kan tilrettelegge for recovery ved å adressere ikke bare symptomer på psykisk lidelse, men også gjennom å kommunisere kunnskap om at bedring er mulig, og ved å bære håpet når den som lider har mistet det (Veseth & Skjølberg, 2016). Å jobbe recoveryorientert innebærer på den måten å åpne opp for muligheter til å leve et godt liv også med symptomer.

Psykoselidelser i et selvforstyrrelsesperspektiv

Den andre fenomenologiske tilnærmingen til psykoselidelser jeg vil undersøke, selvforstyrrelsesperspektivet, har vunnet økt oppmerksomhet de siste årene. Inspirert av filosofer som Husserl, Heidegger og Merlau-Ponty, og psykiatere som Minkowski, Blankenburg og Binswagner (Sass et al., 2011), refereres denne spesifikke retningen innen fenomenologien til som filosofisk fenomenologi. Den innebærer teori og empiri som fokuserer på førstepersons opplevelsen av subjektivitet ved schizofreni (Sass et al., 2011), og beskriver schizofreni som hovedsakelig å være en forstyrrelse av selvet. Tilnærmingens kanskje viktigste bidrag til forståelsen av schizofreni er hvordan de, med basis i teori, filosofi, klinisk erfaring og klinisk forskning (Sass et al., 2011), har utarbeidet en modell for rollen subjektivitet spiller ved schizofreni, selvforstyrrelsesmodellen (the ipseity- disturbance model).

Modellen, som hovedsakelig er utarbeidet av Louis Sass og Josef Parnas, viser til hvordan svekket subjektivitetsopplevelse som kommer til uttrykk i selvforstyrrelser, ofte er

tilstede hos personer forut for eller ved schizofreni. Selvførstyrrelsesmodellen beskrives som den mest innflytelsesrike formuleringen innen en fenomenologisk psykopatologisk forståelse av schizofreni (Sass, 2019, s. 597).

Selvforstyrrelsesmodellen. Selvførstyrrelsesmodellen innebærer at ustabilitet i den umiddelbare opplevelsen av å være seg selv, kalt pre-refleksiv selvbevissthet, det minimale selvet eller kjerneselvet, forstås som et kjernetrekk ved schizofreni (Sass et al., 2011). I den følgende beskrivelsen av selvførstyrrelsesmodellen vil jeg i stor grad ta utgangspunkt i Paul Møllers redegjørelse for modellen i boken *Shizofreni- en forstyrrelse av selvet* fra 2018.

Selvforstyrrelser sees som å ha utgangspunkt i selvopplevelsen. Selvopplevelse beskrives som «vår umiddelbare, spontante, samlede, ikke- tematiserte opplevelse av oss selv i ethvert øyeblikk» (Møller, 2018, s. 47). Uavhengig av hva jeg opplever her og nå, tar jeg det som en selvfølge at det er jeg selv som opplever. Dette kalles i modellen subjektivitet, eller det minimale selvet, og handler altså om eierskap til opplevelser som en slags bakgrunnstilstand uavhengig av opplevelsens karakter (Sass et al., 2011). Videre vil det jeg opplever bli gjenstand for tolkning og meningstilskrivelse. Dette utgjør selvforståelsen. «Jeg føler meg slik (selvopplevelse), og det forstår jeg som et uttrykk for dette (selvforståelse)» (Møller, 2018, s. 48). På den måten kan lag på lag av erfaringer gi en forståelse av hva som er typisk for en selv, hva en liker og misliker, hva en pleier å befatte seg med og med hvem, en identitet. Møller skriver at «identitet betyr likhet, her forstått som likhet med meg selv, det som gjør at jeg opplever å være meg selv» (2018, s. 45), og demonstrerer på den måten rollen selvopplevelsen spiller for identitetsopplevelse. Fornemmelsen av å være den som opplever det som skjer med en sees altså som en forutsetning for øvrige deler av selv- og identitetsopplevelse, som narrativ identitet. Dersom en skal beskrive en identitetsformende opplevelse som sin egen, kreves en visshet om at det var jeg som opplevde den, og at jeg er mer eller mindre den samme nå.

For enkelte er denne vissheten verken selvfølge eller vedvarende. Beskrivelser som å mangle kjerne, å ikke vite hvem man er, eller å ikke være i ett med seg selv sees som å tyde på en ustabilitet i opplevelsen av å være subjektet i det en opplever, og som uttrykk for selvforstyrrelse (Parnas & Henriksen, 2019, s. 468-470). Sass oppsummerer selvforstyrrelse som en svekket opplevelse av å være «subjektet i sine opplevelser, eller en agent for sine handlinger» (Sass, 2019, s. 601). Dersom en ikke lenger er sikker på at det er en selv som opplever det som skjer, kan opplevelsene vanskelig legges til i rekken av identitetsformende erfaringer. Det meningssøkende ved selvforståelsen vil allikevel forsøke å finne en forklaring på opplevelsen. Slik ser en for seg at forestillinger som å være en annen, å være utvalgt, eller å være fra et annet univers kan ha sitt utspring. De utgjør en forklaring, om enn irrasjonell, på opplevelsen av å være fremmed fra seg selv og andre. Selvforstyrrelse sees på den måten å kunne utgjøre et utgangspunkt for utviklingen av symptomer på psykose. Slik forklarer modellen hvordan vage fornemmelser av å kjenne seg fjern fra virkeligheten eller ute av kontakt med seg selv, som de fleste opplever fra tid til annen, kan utvikle seg til symptomer forenelige med schizofreni. Symptomer på schizofreni forklares altså som resultat av en slags følgefeil med rot i svekket subjektivitetsopplevelse. «Når subjektiviteten forstyrres, affiseres først selvopplevelsen, dernest selvforståelsen, og til slutt kan ulike selvforstyrrelser gradvis utvikles» (Møller, 2018, s. 49).

Louis Sass beskriver selvforstyrrelsesmodellen som å bestå av tre hovedkomponenter; *hyperrefleksivitet* (hyper-reflexivity), *svekket tilstedeværelse* (diminished self-presence) og *svekket grep* om virkeligheten (disturbed grip or hold) (Sass, 2019, s. 598). Hyperrefleksivitet beskrives som overdreven bevissthet rettet mot prosesser og fenomener som vanligvis ikke ville vært viet oppmerksomhet. For eksempel vil subjektivitetsopplevelse, hos de fleste, tas mer eller mindre for gitt. Svekket tilstedeværelse beskrives som nedsatt bevissthet rundt en selv som et subjekt og en aktør med potensiale for påvirkning av verden rundt seg. Svekket

grep om virkeligheten beskriver hvordan grenser i tid og sted kan bli uklare og påvirke hvorvidt verden og fenomener i den oppleves virkelige (Sass, 2019; Sass, Borda, Madeira, Pienkos & Nelson, 2018; Sass et al., 2011). I følge Sass oppstår selvforstyrrelser som et resultat av samspillet mellom disse tre komponentene (Sass, 2019, s. 599; Sass et al., 2018), og symptomer på schizofreni som en sekundær konsekvens av dette (Sass, 2019, s.597).

Studier gjennomført ved årtusenskiftet fant tilstedeværelse av selvforstyrrelser hos personer med schizofreni (Møller & Husby, 2000; Parnas, Jansson, Sass & Handest, 1998). Møller gir eksempler på pasientsitater som beskriver selvforstyrrelser: «det tenkes i meg», «jegget mitt har flyttet noen centimeter bakover», «det er som om kroppen min ikke henger sammen», «i samtaler føles det som om jeg og de andre blandes sammen, og jeg skjønner ikke hvilke tanker eller følelser som kommer fra hvem» (Møller, 2018, s. 118-122). Argumentet for tilstedeværelse av selvforstyrrelser som et kjernetrekk ved schizofreni underbygges av empiriske funn som viser høyere tilstedeværelse av selvforstyrrelser hos personer med schizofreni spektrum lidelser enn ved andre psykiske lidelser som innebærer psykose (Nelson, Thompson & Yung, 2013; Parnas, Handest, Jansson, Aelig & Bye, 2005; Parnas et al., 2003; Raballo, Sæbye & Parnas, 2011), at tilstedeværelsen av selvforstyrrelser er stabil over tid (Nordgaard et al., 2017; Nordgaard, Nilsson, Sæbye & Parnas, 2018), og at tilstedeværelse av selvforstyrrelser predikerer utviklingen av schizofreni spektrum lidelser (Klosterkötter, Hellmich, Steinmeyer & Schultze-Lutter, 2001; Nelson, Thompson & Yung, 2012; Parnas et al., 2011; Sandve & Skålvik, 2009)

Selvforstyrrelser i sosial kontekst. Subjektivitetsopplevelse beskrives som å forekomme på et mindre tilgjengelig og mer fundamentalt nivå enn det autobiografiske selvet og narrativ identitet som formes i samhandling med andre (Sass, 2019, s. 598). Jeg ser derfor sosiale sammenhengers betydning for selvet og identitet som å havne utenfor perspektivets primære fokusområde. Nyere kvalitative studier fra et selvforstyrrelsesperspektiv har likevel

fokusert på sosial funksjon hos personer med schizofreni (Nilsson, Parnas & Nordgaard, 2019). De finner at svekket subjektivitet kan føre til fremmedgjøring i sosiale situasjoner og fra samfunnet, også blant personer som betegnes som å være i remisjon (Henriksen & Nilsson, 2017).

I undersøkelser av hvordan selvførelser kan hindre ønsket sosialt aktivitetsnivå, og hvilke tilpasninger som gjøres for å opprettholde sosial funksjon på tross av selvførelser, identifiseres såkalte kompensatoriske atferdsmekanismer (Nilsson et al., 2019). Blant disse er et sterkt behov for å kunne trekke seg tilbake og være for seg selv. Tilbaketreking ved utvikling av psykose sees ofte som et varseltegn, men beskrives her som en positiv mestringsstrategi som bidrar til å gi autonomi, agens, mening og mestring heller enn å utgjøre et nederlag. Tendensen betegnes derfor som *positiv tilbaketreking* (Nilsson, Parnas & Nordgaard, 2019). Škodlar og Henriksen (2019) finner at mulighet for tilbaketreking bidrar til opprettholdelse av kontroll, balanse og stabilitet. Andre kompensatoriske mekanismer er å velge aktiviteter med en tydelig struktur og et tydelig mål, som er fastsatt i tid og sted, og der en har en tydelig rolle (Henriksen & Nilsson, 2017). Å tilrettelegge for interpersonlige erfaringer i et mangfold av arenaer beskrives som et viktig aspekt ved terapi rettet mot selvførelser ved at det styrker følelsen av aksept og tilhørighet i et fellesskap og i samfunnet (Škodlar & Henriksen, 2019).

Selvforstyrrelser i terapi. Forskning på selvførelser virker i størst grad å ha befattet seg med utviklingen av symptomer på psykose. Altså hva som skjer forut for og ved symptomoppblomstring. Dersom grad av selvførelser kan indikere risiko for senere utvikling av schizofreni, vil det kunne være av klinisk nytte ved å kunne bidra til tidlig oppdagelse ettersom studier har vist at tidlig oppdagelse er av betydning for prognose (Hegelstad et al., 2012; Marshall et al., 2005). Eksempelvis har Haug et al. (2017) funnet at høy grad av selvførelser er assosiert med lenger varighet av ubehandlet psykose. Det

foreligger ingen egen terapiretning utviklet i tråd med perspektivet, men en ser integrering av perspektivet i ulike terapitilnærminger som nyttig (Møller, 2018; Parnas & Henriksen, 2014; Škodlar & Henriksen, 2019).

Møller beskriver hvordan kunnskap om selvforstyrrelser kan utgjøre et viktig bidrag til psykoterapi rettet mot schizofreni ved å vise til hvordan svekket subjektivitet kan komme i veien for visse forutsetninger for å drive psykoterapi. Forutsetningene han trekker frem er hvordan opplevelser må gjenkjennes som egne, gi personlig mening og indre sammenheng, og kunne deles i samtale med en annen (Møller, 2018, s. 163). En adressering og undersøkelse av *subjektivitetsstatus* blir av den grunn terapeutens første oppgave. Videre må en betegne og kategorisere det som oppleves ubegripelig (Møller, 2018, s. 144). Å navngi opplevelsene og mekanismene bak dem vil kunne bidra til forståelse, forutsigbarhet, trygghet og normalisering. En vil også fokusere på å styrke evnen til å dele om seg selv i en interpersonlig relasjon. Når en, som terapeut, tilbyr andrepersons perspektivet («du») sees det som å kunne bidra til å styrke den andres subjektivitetsopplevelse («jeg») (Stanghellini & Lysaker, 2007). Psykoterapi rettet mot selvforstyrrelser handler på den måten om å legge til rette for å skape ny mening der svekket eller fordreid selvopplevelse har ført til ubehag, forvirring, fortvilelse, eller også irrasjonelle og fastlåste forstillinger.

Dreiningen mot å benytte selvforstyrrelsesmodellen i psykoterapi for schizofreni fremstår relativt ny (Škodlar & Henriksen, 2019). I redegjørelser for modellen fremstår utviklingen av selvforstyrrelser som en enveis progredierende mekanisme, og subjektivitetssvikt fremstår som et vedvarende trekk (Parnas, 2011). At studiene av selvforstyrrelser finner at svekket subjektivitetsstruktur ofte har vært tilstede fra tidlig i livet (Parnas, 2011), at de ikke er tilstede på samme måte ved andre psykoselidelser, og at selvforstyrrelshypotesen beskrives å være forenelig med nevrobiologiske modeller for schizofreni (Sass, 2019, s. 608), gjør at svekket subjektivitet fremstår som noe permanent,

kvalitativt annerledes som skiller personer med schizofreni fra andre. Jeg forstår av den grunn behandling rettet mot selvforstyrrelser som å ha som mål å påvirke ringvirkningene svekket subjektivitet kan ha og på den måten gjøre det lettere å leve med.

Møller skriver følgende om behandling:

Når selvopplevelsen forstyrres, underminerer det følelsen av å være et individ som er vitalt, helt og sammenhengende, tilstedeværende, forstående og selvstyrt. Da gir det seg selv at et mål for behandlingen må være å styrke det selv som er under press, samt autonomien og følelsen av å være til nytte. (s. 134)

At muligheter for å oppleve styrket autonomi og følelse av å være til nytte ligger utenfor terapirommet adresseres i en viss grad. Møller (2018, s. 157) viser til at på samme måte som det mentale påvirker hvordan vi oppfører oss, har atferd en påvirkning på det mentale, og åpner på den måten opp for at erfaringer som de en tilegner seg på en arbeidsplass og ved andre aktiviteter kan være av betydning for selvopplevelse. I tillegg skriver Sass om hvordan engasjement i praktiske gjøremål og sosiale aktiviteter kan ha det han beskriver som en «potensiell reintergrativ og kurativ effekt» (2019, s. 606).

Hvordan kan tilnærmingene hjelpes oss å forstå fenomenet arbeid?

Videre i oppgaven vil jeg føre en løpende diskusjon av hvordan de to perspektivene er ulike hverandre, men også hvordan de potensielt kan utfylle hverandre. Jeg vil presentere diskusjonspunkter relatert til arbeid og perspektivenes redegjørelser av hvert enkelt tema, for så å oppsummere og sammenlikne i egne avsnitt. For å identifisere relevante diskusjonspunkter relatert til opplevelsen av å være i arbeid for personer med psykoselidelser, har jeg gjennomgått fem metasynteser av kvalitative studier av emnet. Hensikten med oppgaven er å gjennomføre en teoretisk diskusjon av de fenomenologiske tilnærmingene, ikke en litteraturgjennomgang av opplevelsen av arbeid for personer med psykoselidelser. Jeg ønsker derfor å identifisere typiske opplevelser av arbeidsdeltakelse uten at min utvelgelse av

litteratur tar mål av seg å være en systematisk gjennomgang av kvalitative funn. I artiklene finner jeg overlappende positive og negative erfaringer og utfordringer ved å være i arbeid, og i det følgende vil jeg oppsummere funnene.

Hvordan oppleves det å være i arbeid for personer med psykoselidelser?

Studiene jeg har valgt er alle gjennomført i løpet av de siste ti årene, i Australia (Fossey & Harvey, 2010; Hitch, Pepin & Stagnitti, 2013), Korea (Choi et al., 2020), Norge (Kinn et al., 2013) og Storbritannia (Blank, Harries & Reynolds, 2011). De inkluderer kvalitative studier gjennomført i USA, Canada, Sverige, Storbritannia, Korea, Polen, Spania, Kina, Australia, New Zealand, Sør-Afrika og Bulgaria. To av studiene (Choi et al., 2020; Hitch et al., 2013) inkluderer kun studier av personer med schizofreni eller annen psykoselidelse. De tre andre (Blank et al., 2011; Fossey & Harvey, 2010; Kinn et al., 2013) inkluderer studier av personer med psykiske lidelser, blant disse schizofreni og andre psykoselidelser.

Studiene finner at arbeid gir mulighet til å utvikle og styrke identitet på en positiv måte (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Hitch et al., 2013; Kinn et al., 2013) og er en arena der en kan utvide sitt sosiale nettverk og danne positive erfaringer i relasjoner (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Fossey & Harvey, 2010; Hitch et al., 2013; Kinn et al., 2013). I tillegg finner de at arbeid kan representere normalitet (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Kinn et al., 2013), gi opplevelse av å gjøre noe meningsfullt (Blank et al., 2011; Fossey & Harvey, 2010; Hitch et al., 2013; Kinn et al., 2013), styrke agens, mestring og selv-tillit (Blank et al., 2011; Fossey & Harvey, 2010; Hitch et al., 2013; Kinn et al., 2013), og gi struktur og rutiner (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Fossey & Harvey, 2010; Hitch et al., 2013; Kinn et al., 2013). De finner også at betalt arbeid gir konkret verdsettelse og økonomisk frihet (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Fossey & Harvey, 2010). Som forutsetning for de positive erfaringene med arbeid identifiseres et behov for å akseptere lidelsen som en del av

sin identitet (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Hitch et al., 2013), å oppleve støtte og anerkjennelse fra folk rundt seg (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Kinn et al., 2013), at arbeidet oppleves meningsfullt og i tråd med den enkeltes verdier (Fossey & Harvey, 2010), at en blir passelig utfordret (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Fossey & Harvey, 2010; Hitch et al., 2013; Kinn et al., 2013), og at den strukturerte arbeidshverdagen har noe rom for fleksibilitet (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Fossey & Harvey, 2010; Kinn et al., 2013). Erfaringer med og en forventning om å bli møtt med stigma og diskriminering identifiseres som å utgjøre et betydelig hinder for arbeidsdeltakelse (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Kinn et al., 2013; Marwaha & Johnson, 2004), noe som reiser dilemmaet hvorvidt en skal være åpen om sin lidelseshistorie på arbeidsplassen eller ikke (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Fossey & Harvey, 2010; Kinn et al., 2013).

Med utgangspunkt i disse funnene vil jeg bruke følgende temaer som utgangspunkt for diskusjon og utforskning av de teoretiske perspektivene: (a) arbeid som identitetsbyggende; (b) arbeid som sosial arena; (c) arbeid som å representere normalitet; (d) arbeid som mulighet til å gjøre noe meningsfullt og å leve i tråd med egne verdier; (e) arbeid som mulighet til å styrke agens og mestring; (f) arbeid som å tilby struktur og (g) arbeid som å tilby økonomisk stabilitet. Jeg vil beskrive temaene mer inngående i egne avsnitt, og eksemplifisere dem ved bruk av sitater fra kvalitative studier av personer med psykoselidelser i arbeid.

(a) Arbeid som identitetsbyggende. Studiene finner at være arbeidstaker utgjør en mulighet til å inkludere andre aspekter enn seg selv som psykisk lidende i sin identitet (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Hitch et al., 2013; Kinn et al., 2013). Det kan innebære å gå fra å være en som mottar hjelp til å være en som er til hjelp (Dunn, Wewiorski & Rogers, 2008), som beskrevet i følgende sitat «I felt that I had a new identity and was needed by others» (Koletsis et al., 2009, s. 966). Krupa (2004) beskriver hvordan å arbeide samtidig som en var plaget av psykisk lidelse muliggjorde utviklingen av en positiv identitet som var skilt fra, men

samtidig utfylte, identiteten som psykisk lidende. I denne muligheten virker det å ligge en utfordring i å integrere sin identitet som psykisk lidende med sin identitet som fungerende arbeidstaker (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Hitch et al., 2013). Krupa (2004) finner at informantene som var bevisst tegn på psykisk lidelse, og tok hensyn til disse mens de jobbet, mestret å balansere arbeidsliv og fluktuerende belastninger relatert til lidelsen. Å ikke anerkjenne og ta hensyn til tegn på psykisk lidelse utgjorde en sårbarhet i møte med belastende perioder der en kunne ha hatt behov for tilpasninger av arbeidshverdagen. Cunningham, Wolbert og Brockmeier (2000) finner i sin studie at personer i arbeid ser den psykiske lidelsen som en del av den de er, mens personer utenfor arbeid i større grad enten benekter lidelsen eller defineres av denne. Deres måter å takle lidelsen på involverte i større grad å skjule eller å ignorere lidelsestegn. Hvordan forstås så arbeids rolle i positiv identitetsutvikling, og utfordringen det synes å utgjøre å integrere psykisk lidelse i sin identitet, i de to teoretiske modellene?

Identitetsopplevelse i et recoveryperspektiv. I det nevnte CHIME-rammeverket for recoveryprosesser er gjenoppbygging og redefinering av en positiv identitet identifisert som en av de fem overordnede prosessene (Leamy et al., 2011). Ved å minimere de potensielt ødeleggende konsekvensene av lidelse, samtidig som en identifiserer og støtter en persons styrker og interesser, dannes et skille mellom person og lidelse (Davidson & Roe, 2007). På den måten skapes et handlingsrom som gir mulighet til å utvikle en identitet utover det å være psykisk lidende (Johnson & Davidson, 2013). Topor (2004) finner at folks erfaringer med recovery innebærer å vokse med lidelsen heller enn å gå tilbake til den de var før lidelsen inntraff. Å bli frisk fra lidelse, og å skape et liv med lidelse, beskrives således som parallelle prosesser (Davidson & Roe, 2007). Utprøving av nye roller gjennom arbeid kan utgjøre byggesteiner i oppbyggingen av selvet og identiteten som mer enn og annet enn psykisk lidende (Davidson, 2020). Til grunn for disse prosessene ligger en viss aksept av at en vil ha

med seg erfaringer fra og aspekter ved lidelsen, samtidig som en utvikler seg (Anthony, 1993). Fra et recoveryperspektiv fremheves altså betydningen av å løfte blikket og se utover den psykiske lidelsen for å fremheve sider ved en person som innebærer potensiale for vekst og utvikling på tross av lidelse. Den konkrete rollen arbeid kan utgjøre i en slik prosess trekkes gjentatte ganger frem i recoverylitteratur (Veseth & Skjølberg, 2016).

Identitetsopplevelse i et selvforstyrrelsesperspektiv. Møller (2018) beskriver tre nivåer av identitetsopplevelse: Narrativ identitet; hva vi forteller andre og oss selv om hvem vi er, for eksempel hva vi jobber med, refleksiv identitet; følelsen av å være den samme personen over tid, og førrefleksiv identitet; å oppleve seg som seg selv, tilstede og i eierskap av egne opplevelser (2018, s. 84-86). Svekket eller forstyrret subjektivitet vil påvirke det førrefleksive identitetsnivået, og en vil kunne komme til å betvile eierskap og nærhet til egne opplevelser. Dette vil forplante seg til de øvrige nivåene av identitet, og kunne skape usikkerhet rundt hvorvidt en er den grunnleggende samme over tid, og om erfaringer er virkelige og ens egne. Slik vil selvforstyrrelser kunne utgjøre et hinder i evnen til å integrere ulike aspekter ved selvet og identiteten. Uavhengig av hva en befatter seg med av arbeid eller aktiviteter, sees eierskap til opplevelsene som å være en forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg av hvordan erfaringene kan bidra positivt til identitetsfølelse. I beskrivelser av terapeutiske intervensjoner rettet mot selvforstyrrelser legges det derfor vekt på å kommunisere, normalisere og å tilby kunnskap om utviklingen av de fremmedgjørende opplevelsene symptomer på schizofreni kan utgjøre (Møller, 2018, s. 144; Škodlar & Henriksen, 2019). Å styrke evne til å se seg selv i førstepersonsperspektiv (Stanghellini & Lysaker, 2007) og å gi støtte i utforming av personlig sammenheng og autobiografisk, narrativ identitet, sees som å kunne bidra til opplevelse av et integrert selv (Škodlar & Henriksen, 2019).

Stanghellini og Rosfort (2015), som integrerer selvforstyrrelsesmodellen med undersøkelser av hvordan personer forholder seg til lidelse i sin *Person-Centered Dialectical*

model of Schizophrenia (Stanghellini, Bolton & Fulford, 2013), finner variasjoner i måter å forholde seg til fremmedgjørende opplevelser på fra å ignorere dem, til å forsøke å finne mening i dem og å integrere dem i sin livshistorie. I filosofisk fenomenologisk litteratur beskrives hvordan personer med psykoselidelser kan virke overbevist om sine vrangforestillinger uten å leve disse ut i sosiale sammenhenger. Denne uoverensstemmelsen betegnes med det Bleulerianske begrepet *dobbel bokføring* (Bleuler, 1950, s. 56), som beskriver hvordan en balanserer den sosiale, delte verden med sin private, som ved schizofreni vil kunne være preget av forestillinger som er uforenelige med andres (Sass, 1994, s. 43; Sass, 2001). På den måten vil enkelte kunne mestre hverdagsutfordringer og arbeidsliv, selv med høyt symptomtrykk, uten nødvendigvis å ha akseptert opplevelsene som symptomer på psykisk lidelse. Variasjonen i grad av aksept og integrering av psykisk lidelse i sin identitet, som beskrives i studiene av personer med psykoselidelser i arbeid, gjenspeiles på den måten i selvforstyrrelseslitteraturen. Å adressere hinderet svekket subjektivitetsopplevelse utgjør for identitetsfølelse sees som en forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg av identitetsformende opplevelser og å inkludere positive erfaringer fra arbeid i sin narrative identitet (Škodlar & Henriksen, 2019). Dette gjøres ved tematisering, deling og forståelse av utviklingen av fremmedgjørende opplevelser med mål om å skape ny mening i opplevelsene (Møller, 2018, s.153) og sees som å kunne stimulere til utviklingen av en ny, positiv identitet (Møller, 2018, s.157).

Vektlegger perspektivene ulike «ender» av identitetsopplevelse? Som jeg har demonstrert innebærer begge perspektivene fokus på identitetsutvikling. Jeg finner likevel forskjeller i at der en i et recoveryperspektiv er opptatt av å skille den friske, ressurssterke personen fra den lidende, for så å styrke og videreutvikle disse delene av identiteten, sees det fra et selvforstyrrelsesperspektiv som en forutsetning å adressere forstyrret selvopplevelse først. En jobber på den måten recoveryorientert med personen bak lidelsen, mens en jobber

selvforstyrrelsesorientert ved å fokusere på sidene ved personens selvstruktur som er svekket eller forstyrret. Recovery beskrives som en indirekte prosess, noe som skjer mens en tar grep som ikke direkte er relatert til psykisk lidelse (Davidson, 2020), mens en i terapi rettet mot selvforstyrrelser ser ut til å begynne med å hente lidelsens natur og mekanismer frem i lyset (Škodlar & Henriksen, 2019). Fra begge perspektivene sees styrking av positiv identitet som mål, men en tar på den måten fatt i ulike «ender» av identitetsopplevelse. Mens det fra et recoveryperspektiv fokuseres på vekst utover og med psykisk lidelse, beskrives en målsetting i terapi rettet mot selvforstyrrelser som «justering og nedbremsing, kanskje til og med en reversering av subjektivitetssviktens negative effekter» (Møller, 2018 , s. 157).

Recoveryperspektivet beskriver hvordan utvikling av positiv identitet foregår ute i hverdagslivet. Støtte til sammenhengende identitet og et integrert selv som vektlegges i terapi rettet mot selvforstyrrelser beskrives å foregå i rammer av psykoterapi. Studiene av personer med psykoselidelser i arbeid tyder på at i hvilken grad en aksepterer tilstedeværelsen av psykisk lidelse og integrerer også denne i sin identitet har konsekvenser for mestring og opplevelse av en arbeidshverdag. Selv om recoverylitteraturen anerkjenner viktigheten av å akseptere at en har med seg konsekvenser av og utfordringer ved psykisk lidelse, forklarer selvforstyrrelsesmodellen mer inngående hvordan integrering av ulike aspekter ved selv og identitet kan være spesielt utfordrende for personer med schizofreni.

(b) Arbeid som sosial arena. Samtlige av metasyntesene jeg har gjennomgått for å få et overblikk over erfaringene personer med psykoselidelser har med arbeid trekker frem hvordan en arbeidsplass kan tilby tilgjengelighet til og erfaringer med interpersonlige relasjoner (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Fossey & Harvey, 2010; Hitch et al., 2013; Kinn et al., 2013). Informanter i kvalitative studier beskriver en verdi av de sosiale relasjonene de befinner seg i på arbeidsplassen, uavhengig av arbeidets verdi, som i følgende sitat: «You know some days you're just not into it, right, but pretty much every time I go to

work I'm happy to see the people» (Woodside, Schell & Allison-Hedges, 2006, s. 40). Arbeid beskrives også som en mulig arena for å utvide ens sosiale nettverk og å styrke interpersonlig relasjonskompetanse (Choi et al., 2020; Kinn et al., 2013). Dette beskrives blant annet av en informant i en kvalitativ studie gjennomført av Koletsi et al. «I got to socialise more, got to know more people and increased my social contacts» (2009, s. 967), og i følgende sitat fra en tilsvarende studie av personer med psykoselidelser i arbeid:

I had an inability to deal with people. I really couldn't deal with, especially large groups. So I got a job at a video store up the street. I got a job up there to reacclimate myself into society. And deal with people and groups of people and different kinds of people. (Dunn et al., 2008, s. 61)

Tilsvarende beskrives å komme skjevt ut i relasjoner på arbeidsplassen som noe som kan gjøre det vanskelig å beholde jobben, svekke selvfølelse og øke stress (Kirsh, 2000b; Koletsi et al., 2009; Woodside et al., 2006). Å bli møtt med støtte og anerkjennelse fra folk rundt seg sees som en forutsetning for de positive relasjonelle opplevelsene (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Kinn et al., 2013). Jeg vil utforske hvordan de to forståelsesmodellene recoveryperspektivet og selvforstyrrelsesperspektivet tar høyde for betydningen av og utfordringer knyttet til tilgjengelighet til og erfaringer med interpersonlige relasjoner for personer med psykoselidelser.

Betydningen av interpersonlige relasjoner i et recoveryperspektiv. Tilhørighet (connectedness) i CHIME-rammeverket for recoveryprosesser innebærer å oppleve betydningsfulle relasjoner, støtte fra andre, og å være del av et fellesskap (Leamy et al., 2011). Relasjoner til betydningsfulle andre trekkes ofte frem som å ha vært avgjørende i en recoveryprosess (Topor et al., 2011). Disse kan være familiemedlemmer, venner, helsepersonell eller kollegaer (Veseth & Skjølberg, 2016). Studiene av personer med psykoselidelser i arbeid viser hvordan arbeidsplassen kan være en kilde til slike erfaringer. I

beretninger om recovery trekkes relasjoner med helsepersonell frem som bedringsfremmende når disse personene har gått utover sin rolle, ved for eksempel å ha tilbudt en tjeneste som ikke inngår i deres arbeidsoppgaver, eller delt noe av personlig betydning (Topor et al., 2011; Topor, von Greiff & Skogens, 2019). Som kollegaer treffer man hverandre i større grad som likeverdige. At kollegaer har et mer nøytralt utgangspunkt for relasjon enn ansatte i psykisk helsevern kan derfor være av betydning for recovery (Topor, 2004).

Med utgangspunkt i forskning som finner at *mikroaggresjoner* som negativt ladet kroppsspråk og språkbruk bidrar til å opprettholde stigma og diskriminering av minoriteter (Gonzales, Davidoff, Nadal & Yanos, 2015; Sue et al., 2007), beskriver Rowe (2008) hvordan det hun kaller *mikrobekreftelser* i mellommenneskelige møter kan motvirke stigma. Hun definerer mikrobekreftelser som «apparently small acts, which are often ephemeral and hard-to-see, events that are public and private, often unconscious but very effective, which occur wherever people wish to help others» (s. 46). Begrepet benyttes i recoverylitteraturen i beskrivelser av hvordan tilsvarende små, vennlig innstilte handlinger som et smil eller å bli hilst på om morgenen, er av betydning for hvorvidt en kjenner seg verdifull og som et ønsket medmenneske (Borg & Kristiansen, 2004; Davidson, 2020; Topor et al., 2019). Små handlinger, ord og gester kan påvirke selvfølelse (Topor, Bøe & Larsen, 2018), fungere som bekreftelse på at en hører til sammen med andre, og avkrefte opplevelse av umenneskeliggjøring (Johnson & Davidson, 2013). Jeg ser for meg at en arbeidsplass kan være en arena for mikrobekreftelser, det være seg en høflighetsfrase i en mail, eller et tilbud om en kaffekopp. De interpersonlige relasjonene en befinner seg i på en arbeidsplass kan altså være av betydning for recovery dersom de bidrar til følelse av tilhørighet i et fellesskap, anerkjennelse som medmenneske, og opplevelse av å være ønsket og verdifull (Davidson, 2020).

Andre recoveryfremmende effekter av å tilhøre et sosialt fellesskap som trekkes frem i litteraturen, er styrking av sosiale ferdigheter og motivasjon til opprettholdelse av egenomsorg. Borg og Davidson (2008) beskriver hvordan vi alle har varierende kapital av de praktiske og sosiale evnene en trenger for å navigere dagliglivet. Ferdighetene en utvikler på en arbeidsplass kan utgjøre tilskudd til en slik kapital. Å skulle ut og treffe andre mennesker beskrives også som å kunne bidra til at selvivaretagelse i form av personlig hygiene og presentasjon oppleves meningsfullt å opprettholde (Choi et al., 2020; Davidson, 2020). Jeg finner altså at recoverylitteraturen beskriver betydningen av tilgang til og erfaring med interpersonlige relasjoner gjennom en arbeidsplass som en måte å kunne treffe betydningsfulle, likeverdige andre på. I tillegg beskrives hvordan det å være rundt andre, vennlig innstilte mennesker, på detaljnivå kan bidra til bedringsprosesser ved å styrke verdighet og selvfølelse.

Betydningen av interpersonlige relasjoner i et selvforstyrrelsesperspektiv. I

selvforstyrrelseslitteraturen karakteriseres å leve med schizofreni som å være preget av en opplevelse av varig og fundamental fremmedhet og annerledeshet fra seg selv, andre og verden (Hamm et al., 2018; Nelson & Sass, 2009; Parnas & Henriksen, 2019, s. 468; Sass, 2001). Fenomenet beskrives som ofte å ha vært tilstede fra barndommen av (Parnas & Henriksen, 2019, s. 468; Škodlar & Henriksen, 2019), og interpersonlige vansker hos personer med schizofreni sees som en nærliggende konsekvens av dette (Nilsson et al., 2019). Det vises til hvordan svekket subjektivitet kan kompromittere opplevelsen av fellesskap med andre, og gjøre at den sosiale verden fremstår uforståelig og ekskluderende (Stanghellini & Lysaker, 2007). Møller (2018, s. 203) gjør oppmerksom på hvor krevende det kan være å forholde seg til andre personer og hverdagens krav, som for eksempel på en arbeidsplass, når en opplever selvforstyrrelser. Hvordan grad av selvforstyrrelser er assosiert med sosial fungering demonstreres i studier av personer i tidlige faser av psykoselidelser (Haug et al.,

2014). Det hevdes at selv når samhandling forekommer, gir ikke denne nødvendigvis opplevelsen av et felles «vi» (Henriksen & Nilsson, 2017). Opplevelsen av fremmedgjøring, og vansker med å begripe seg på uskrevne sosiale normer (Nilsson et al., 2019; Škodlar & Henriksen, 2019), blir tilskrevet det som i tidlige beskrivelser av schizofreni ble kalt lidelsens autistiske kjerne (Bleuler, 1950, s. 63; Parnas, 2011; Sass & Parnas, 2003).

I studier av det sosiale livet til personer med schizofreni, finner en som nevnt preferanser for sosiale aktiviteter med et forutbestemt mål og som er fastsatt i tid og sted, samt for aktiviteter der en har en tydelig rolle og opptrer etter regler (Henriksen & Nilsson, 2017). I tillegg identifiseres et uttalt behov for mulighet til å trekke seg tilbake og å være alene, uten at dette beskrives som å oppleves negativt. For å betegne fenomenet benyttes antropologen Ellen Corins begrep positiv tilbaketrekning (1990). Hun beskriver det som «a position at a distance from social roles and social relationships, combined with various strategies for keeping more tenuous links with the social environment» (Corin & Lauzon, 1992, s. 266). De sosiale preferansene beskrives som kompensatoriske mekanismer som bidrar til å opprettholde balanse mellom fellesskap og anonymitet (Henriksen & Nilsson, 2017). Atferd som tilsynelatende er til hinder for sosial fungering sees altså som å utgjøre meningsfulle måter å mestre og å regulere sosial involvering på (Nilsson et al., 2019). Jeg ser for meg at arbeidsplasser vil kunne tilby sosial aktivitet i overenstemmelse med slike preferanser. Preferansene gjenkjennes i litteraturen som allmennmenneskelige, men hevdes å henge sammen med opplevelsen av fremmedgjøring som kommer av å leve med selvforstyrrelser (Henriksen & Nilsson, 2017).

I terapi rettet mot selvforstyrrelser er opplevelse av intersubjektivt fellesskap og å oppnå delt mening et mål (Møller, 2018; Stanghellini & Lysaker, 2007). Å engasjere seg i og å opprettholde meningsfulle relasjoner anerkjennes som å kunne bidra til å støtte opplevelse av aksept og tilhørighet (Škodlar & Henriksen, 2019). Jeg tolker derfor

selvforstyrrelsesperspektivet som å tillegge opplevelse av meningsfulle interpersonlige relasjoner stor viktighet. Det fokuserer i større grad enn recoveryperspektivet på vanskene personer med schizofreni spektrum lidelser kan oppleve i relasjoner, og knytter tendenser til sosial tilbaketrekning til svekket selvstruktur og en tilsynelatende svekket evne til å kunne oppleve betydningsfullt fellesskap. Dersom selvforstyrrelser ligger til grunn for interpersonlige vansker, kreves altså evne til å åpne opp for og integrere mellommenneskelige erfaringer i sin selvopplevelse, i tillegg til tilstedeværelse i et sosialt miljø som en arbeidsplass (Hamm et al., 2018; Henriksen & Nilsson, 2017).

Representerer vektleggingen av tilhørighet og fremmedhet to sider av samme sak?

At tilsynelatende motstridende begreper som tilhørighet og fremmedhet vektlegges når det er snakk om personer med psykoselidelsers interpersonlige relasjoner i de to perspektivene, kan sees som å representere to sider av samme sak. Nettopp på grunn av erfaringer med fremmedhet og annerledeshet, og mangel på følelse av tilhørighet og et felles «vi» i sosiale sammenhenger, er opplevelsene av tilhørighet så betydningsfulle når de oppstår. Marwaha og Johnson (2004) finner i sin metastudie at en stor andel av personer med schizofreni som er i arbeid har jobber som krever lite sosial kontakt. Grunner til dette kan, ut fra hva som beskrives som utfordrende ved å være del av et arbeidsmiljø, være forsøk på å unngå sosiale konflikter, stigma og diskriminering. Det kan også være at dette er den enkeltes preferanse, slik som positiv tilbaketrekning beskrives å være. Fra et recoveryperspektiv vil en stille spørsmål ved hvorvidt sosial tilbaketrekning er et meningsfullt valg. Davidson (2001) argumenterer for at mennesker med og uten psykiske lidelser er fundamentalt sosiale, og viser til studier der personer med schizofreni gir uttrykk for ensomhet og et ønske om kjærlighet og samhørighet (Davidson et al., 2001b). På samme tid trekkes det å ha tid for seg selv også frem som betydningsfullt i beretninger om recovery (Borg & Davidson, 2008).

Uavhengig av hvorvidt avgrenset sosial kontakt er et meningsfullt valg eller ikke, tolker jeg det som at det i begge perspektivene sees som viktig at utfordringer personer med schizofreni opplever i interpersonlige relasjoner adresseres. Selvfølgelig gir selvfølgelig perspektivet gir en spesifikk forklaringsmodell for hvorfor sosial involvering kan være spesielt utfordrende for personer med schizofreni, og viser til preferanser som antakelig vil kunne imøtekommes på en arbeidsplass. Forskning fra et recoveryperspektiv viser hvor viktige små og store aspekter ved mellommenneskelige, likeverdige møter kan være for bedring, og demonstrerer hvordan en arbeidsplass kan være en arena for slike erfaringer.

(c) Arbeid som å representere normalitet. Arbeid beskrives i metasyntesene jeg har tatt utgangspunkt i som å gi opplevelser av normalitet (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Kinn et al., 2013). Krupa (2004) beskriver for eksempel hvordan enkelte informanter kunne se belastninger de opplevde som arbeidstakere som universelle utfordringer, heller enn spesifikt relatert til psykisk lidelse. Arbeid beskrives i kvalitative studier også som å kunne utgjøre en distraksjon fra den delen av livet som omhandler psykisk lidelse (Dunn et al., 2008; Kinn et al., 2013; Koletsi et al., 2009; Woodside et al., 2006), noe som oppleves som å skape plass til positive opplevelser som tilfredshet med egen innsats og følelse av at det er behov for en (Kirsh, 2000b).

En rekke identifiserte utfordringer for arbeidsdeltakelse beskrives å være indirekte knyttet til sykdom, som søvnproblemer, angst, lav selvtillit, tretthet, og frykt for forverring av psykisk lidelse (Kinn et al., 2013; Marwaha & Johnson, 2004; Secker, Membrey, Grove & Seebohm, 2003). Beskrivelsene av å være i arbeid viser at når utfordringene på en arbeidsplass blir store, og en opplever for eksempel relasjonelle gnisninger, stress og tretthet, er det lett at disse attribueres til den psykiske lidelsen, heller enn at de relateres til allmenne belastninger. Flere beskriver vansker med å skille mellom hverdagslige utfordringer og tegn på psykisk lidelse (Boyce et al., 2008; Koletsi et al., 2009; Krupa, 2004; Woodside et al.,

2006). Jeg vil utforske hvorvidt de teoretiske modellene tar høyde for betydningen av hvordan arbeid kan oppleves normaliserende i de påfølgende avsnittene. Jeg er fristet til å plassere «normalitet» i anførselstegn fordi jeg ser det som et begrep som kan være problematisk når det knyttes til psykiske lidelser. Studier viser at personer med psykiske lidelser opplever et sterkere press rundt å være normale (Barham & Hayward, 1995; Granerud & Severinsson, 2006). Fenomenet å kjenne seg normal, eller som de andre, diskuteres likevel siden det i de kvalitative studiene av personer med psykoselidelser i arbeid trekkes frem som viktig og positivt å kjenne seg normal.

Normalitet i et recoveryperspektiv. Recoverybevegelsen argumenterer for inkludering av personer med alvorlige psykiske lidelser i alle deler av samfunnet, og ser enkelte spesialtilpassede tiltak for personer med psykiske lidelser som ekskluderende (Davidson et al., 2001b; Slade & Longden, 2015). Å befinne seg i ordinære miljøer med ordinære mennesker trekkes frem som recoveryfremmende i kvalitative studier av bedringsprosesser (Borg & Davidson, 2008). I så tilfelle kan arenaer som ordinære arbeidsplasser, kanskje i større grad enn spesialiserte tilbud som konstruert arbeidstrening, bidra til recovery. Recoverystøttende behandling handler i stor grad om å tilby muligheter til ordinært liv, som et sted å bo, meningsfulle aktiviteter og sosial omgang (Slade & Longden, 2015).

Recoveryorientert praksis vil som nevnt innebære å trekke frem personlige styrker, slik at vekst og utvikling kan forekomme, om enn parallelt med lidelse (Veseth & Skjølberg, 2016). Beskrivelsene av hvordan arbeid har fungert som en distraksjon fra lidelsesfokus som har gitt rom for styrkende erfaringer ser jeg som eksempler på slike prosesser. Hva gjelder tolkning av belastninger som tegn på psykisk lidelse eller hverdagslige utfordringer, skriver Borg og Davidson (2008) om viktigheten av å se symptomer i kontekst, og viser til Franco Basaglias påstand om at dersom en ikke tar omstendighetene rundt symptomene i betraktning, kan de alltid tolkes som relatert til den psykiske lidelsen (Basaglia, 1987). Davidson et al.

(2001b) poengterer at klinisk recovery, uavhengig av hvilken behandling en mottar, ofte vil ta årevis, og at en derfor ikke kan vente at personer med psykoselidelser skal være symptomfrie før de blir gitt muligheter til å fokusere på andre ting i livet, som arbeid.

Davidson (2020) beskriver som nevnt recovery som et indirekte bi-produkt av valg og handlinger som ikke er direkte relatert til lidelse og symptomer, og på den måten ordinære. For de fleste av oss består livet av små, konkrete handlinger, som tilsammen utgjør hvem vi er (Davidson et al., 2001b). Å jobbe blir på den måten bedringsfremmende, ikke som direkte behandling, men som en arena der en kan utføre handlinger og ta valg som bidrar til å gjenopbygge et bilde av en selv som en person som initierer og utfører normale, hverdagslige handlinger på linje med andre.

Jeg tolker det som at i recoverylitteraturens beskrivelser av normal, alminnelig eller ordinær, ligger alt som ikke er spesifikt tilpasset psykiske lidelser. Vektleggingen av normalitet som noe positivt og recoveryfremmende kommer av hvordan normalitet står i kontrast til hvordan personer med psykiske lidelser har blitt behandlet som avvikende. Fokuset på normalitet i recoverylitteraturen har imidlertid også fostret kritikk, som når Rose (2014) hevder at recoveryorienterte behandlingstilnærminger i praksis handler om å få personer med psykiske lidelser til å passe inn i en slags mal for normalitet, og at retningen på den måten har gått fra å fremme mangfold til å bli like kategorisk som systemet bevegelsen oppstod som en reaksjon mot.

Normalitet i et selvforstyrrelsesperspektiv. Som jeg var innom i de innledende avsnittene til selvforstyrrelsesperspektivet, beskrives fenomenet hyperrefleksivitet som et aspekt ved selvforstyrrelser (Sass, 1992, 2014). Hyperrefleksivitet innebærer overdreven refleksjon over normalt sett underforståtte eller implisitte fenomener som subjektivitet, og kan minne om tankespinn eller ruminering (Nilsson et al., 2019; Sass, 2014). Sass (2019) refererer til en studie publisert i 1976 der en form for hyperrefleksivitet ble indusert i deltakerne ved å

be dem vie oppmerksomhet til sin umiddelbare subjektive tilstand. Dette førte til psykoseliknende opplevelser som derealisering og perseptuelle abnormaliteter (Hunt & Cherufka, 1976). Beskrivelsen av studien brukes for å belyse en mulig fare for forverring dersom behandlingsformer som innebærer liknende fokusering av oppmerksomhet brukes for personer med schizofreni (Nelson & Sass, 2009). Nylig har en systematisk litteraturgjennomgang funnet at uønskede effekter av meditasjonsbaserte praksiser kan innebære opplevelse av symptomer på psykose (Farias, Maraldi, Wallenkampf & Lucchetti, 2020). Det er i denne forbindelse Sass, som nevnt, ser potensiell «reintegrativ og kurativ effekt» av praktiske gjøremål og sosial interaksjon (Sass, 2019, s. 606). Jeg forstår Sass sin oppfordring som å kunne innebære å se distraksjon fra fokus på selvopplevelse, for eksempel ved å være i arbeid, som hensiktsmessig ved psykoselidelser. Når det er sagt viser Møller (2018, s. 203) til hvordan å ignorere en periode preget av aktiv psykose uten å benevne ubehagelige og skremmende opplevelser kan utgjøre en sårbarhet for tilbakefall.

Hva gjelder tolkning av symptomer som tegn på allmenne belastninger eller på psykisk lidelse, argumenterer Parnas (2011) for viktigheten av å ha øyne for helheten bak symptomene på schizofreni fordi symptomene kan være en konsekvens av grunnleggende og vedvarende psykopatologiske trekk. Slik kan fenomener som ikke ellers ville ha blitt tolket som relatert til psykisk lidelse, sees som å kunne være av psykopatologisk relevans (Parnas, 2011). Jeg forstår det som at fra et selvforstyrrelsesperspektiv kan distraksjon fra sykdomsfokus hos personer med psykoselidelser anses som positivt. Utover dette finner jeg at en fra et selvforstyrrelsesperspektiv er oppmerksom på hvordan tilsynelatende hverdagslige utfordringer kan være relatert til underliggende psykopatologi, heller enn å se opplevelsene som en konsekvens av allmenne belastninger.

Et bedringsperspektiv og et psykopatologi-perspektiv. Recoveryperspektivet ser opplevelse av normalitet som bedringsfremmende og som å styrke opplevelse av inklusjon til

forskjell fra utenforskap og diskriminering. I tillegg sees distraksjonen fra lidelse det å holde seg aktiv kan utgjøre som en mulighet til å fokusere på utvikling av ressurser. Ved å indentifisere tendenser til hyperrefleksivitet hos personer med schizofreni, belyser selvforstyrrelsesperspektivet hvorfor nettopp distraksjonen fra tanker om den psykiske lidelsen arbeidslivet kan utgjøre kan være hensiktsmessig for personer med psykoselidelser. Jeg ser recoveryperspektivet som å tilstrebe å normalisere aspekter ved psykisk lidelse. De viser for eksempel til forskning som finner at fenomenet stemmehøring, som kan tolkes som et symptom på psykose, er utbredt også i ikke-kliniske grupper (Beavan, Read & Cartwright, 2011; Slade & Longden, 2015). En studie av psykoseliknende symptomer i den generelle befolkningen har også blitt gjennomført av personer med bakgrunn i selvforstyrrelsesperspektivet. De viser til hvordan flere av informantene som rapporterte psykoseliknende symptomer viste seg å ha erfaring med tidligere psykose eller være i behandling for psykoselidelse (Nordgaard, Buch-Pedersen, Lene, Ulrik & Simonsen, 2019). I selvforstyrrelseslitteraturen ser en altså etter hvordan subkliniske fenomener, som selvforstyrrelser, kan representere grunnleggende og vedvarende psykopatologi.

Forskjellen mellom et normaliserende fokus og et psykopatologifokus tillegger jeg perspektivenes ulike innsatsområder og ambisjoner. Der recoveryperspektivet befatter seg med hvordan en kan leve godt også etter at en psykisk lidelse har tatt til, har selvforstyrrelsesperspektivet ambisjoner om å være av klinisk nytte gjennom å bidra til tidlig oppdagelse av psykose ved å synliggjøre fenomener som kan indikere risiko for psykoseutvikling i en varselfase. I en recoveryprosess vil det være hensiktsmessig å løse opp i fokuset på lidelse, mens det i en lidelsesutviklingsfase vil være av betydning å være oppmerksom på tendenser som kan utvikle seg til psykose. Relatert til arbeid tenker jeg at et bedringsfokus utvilsomt er nyttig. Jeg ser også at det kan være hensiktsmessig at for eksempel

IPS-veiledere sitter på kunnskap om subkliniske tegn på psykoseutvikling, slik at de kan koble på andre tjenester når slike behov eventuelt ville kunne oppstå.

Stigma og diskriminering identifiseres som et hinder for arbeidsdeltakelse i studiene (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Kinn et al., 2013; Marwaha & Johnson, 2004), og opplevelse av normalitet trekkes frem som noe positivt. Dette tatt i betraktning, vil jeg argumentere for at hvordan en fra et selvforstyrrelsesperspektiv i all hovedsak vektlegger hva som fundamentalt skiller personer med schizofreni fra andre ikke bidrar til normalisering og inkludering av personer med schizofreni, men tvert imot kan bidra til opprettholdelse av stigma og diskriminering. Studier finner at å ha en oppfatning av seg selv som grunnleggende syk kan komme i veien for bedring (Birchwood, Mason, MacMillan & Healy, 2009), at det interagerer med stigmatisering (Shahar, Weinberg, McGlashan & Davidson, 2010), og at det er relatert til depresjon (Weinberg et al., 2012).

(d) Arbeid som mulighet til å gjøre noe meningsfullt og å leve i tråd med egne verdier. Metasyntesene jeg har tatt utgangspunkt i finner at å være i arbeid kan gi en opplevelse av å gjøre noe meningsfullt (Blank et al., 2011; Fossey & Harvey, 2010; Hitch et al., 2013; Kinn et al., 2013). I tillegg finner kvalitative studier av personer med psykoselidelse i arbeid at å finne rett jobb til rett person viser seg å være en forutsetning for at arbeid oppleves som en meningsfull aktivitet (Kinn et al., 2013; Marwaha & Johnson, 2004; Mueser et al., 2001; Woodside et al., 2006). Kirsh (2000a) fant at i hvilken grad kultur og verdier på arbeidsplassen var i overenstemmelse med den ansattes verdier og preferanser var en viktig faktor ved hvorvidt en ble værende i jobben. Jeg ser følgende sitat som å beskrive en meningsfull jobb:

I just loved doing what I was doing.... helping other consumers like myself, and it was a place where I can use something that shattered my life and was devastating and

somewhat tragic... to my advantage. I could actually help people with the pain that was caused me. (Dunn et al., 2008, s. 61)

Dersom en ikke finner mening i arbeidsoppgavene, beskrives arbeid å kunne oppleves som noe som hindrer en i å utføre annen meningsfull aktivitet (Choi et al., 2020; Honey, 2004; Pańczak & Pietkiewicz, 2016). Enkelte informanter i kvalitative studier beskriver det jeg tolker som negative opplevelser av å havne i en jobb som ikke matcher ens interesser, evner eller verdier, som i følgende sitat: «I was offered jobs by my vocational worker that either I did not like or I did not feel able to do. I wanted to work as an electrician and was offered to work as a shop assistant instead» (Koletsy et al., 2009, s. 964). Jeg vil utforske hvordan betydningen av å finne mening og å leve i tråd med egne verdier forstås i de to teoretiske modellene.

Å oppleve mening i et recoveryperspektiv. Å oppleve en mening med tilværelsen er en av de fem overordnede temaene i CHIME-rammeverket for recoveryprosesser (Leamy et al., 2011). Verdien i at opplevelser er personlig meningsfulle går igjen i recoverylitteraturen hvorvidt det er snakk om arbeid (Borg, Veseth, Binder & Topor, 2013b), relasjoner (Tew et al., 2012) eller livssyn (Corrigan, McCorkle, Schell & Kidder, 2003). Dersom erfaringer med psykisk lidelse innebærer meningsløshet og fortvilelse, kan opplevelser av mening utgjøre nyansering og berikelse av tilværelsen. Med bakgrunn i Husserliansk fenomenologi der en vektlegger det subjektivt opplevde heller enn det objektivt observerbare (Davidson, 2003), ser en fra et recoveryperspektiv viktigheten av å utforske hva som oppleves meningsfullt for den enkelte (Borg & Davidson, 2008). Det objektive kriteriet å ha en jobb, sees altså som å være av betydning for recovery bare dersom det jobben representerer er av subjektiv betydning. Enhver arbeidsplass er på den måten ikke nødvendigvis recoveryfremmende for den enkelte (Bjaarstad, Trane, Hatling & Reinertsen, 2014). Jeg forstår dette som at dersom arbeidslivet

oppleves meningsløst, vil det kunne være vel så viktig for recovery å bruke tid og krefter på noe annet enn arbeid.

Å oppleve mening i et selvforstyrrelsesperspektiv. Selvforstyrrelsesperspektivet refererer også til Husserls beskrivelse av at mennesket, som grunnleggende meningssøkende, i en strøm av opplevelser alltid vil være rettet mot å finne mening (Møller, 2018, s. 150). Menneskets meningssøkende natur sees her som forklarende for hvordan symptomer på schizofreni som vrangforestillinger og hallusinasjoner oppstår. Det sees som en måte å finne mening i forvirrende og uforståelige opplevelser på. Sass redegjørelse for svekket grep om virkeligheten (disturbed grip or hold) som et aspekt ved selvforstyrrelser beskrives som å kunne innebære svekket grep om hva som er opplevd, husket eller forestilt (Sass, 2014). Dette kan i en meningstilskrivelsesprosess føre til realitetsbrist. Et mål i terapi rettet mot selvforstyrrelser er derfor å finne alternativ mening i forvirrende og uforståelige opplevelser. Møller (2018) ser det som en terapeutisk forutsetning at det en opplever må gi personlig mening, og i utviklingen av terapi rettet mot selvforstyrrelser vektlegges nettopp å hjelpe den enkelte til å oppdage og uttrykke for seg selv og andre hva som gir deres liv mening (Škodlar & Henriksen, 2019). Også her sees eierskap til egne erfaringer og opplevelse av en sammenhengende identitet som å utgjøre en forutsetning for å kunne si noe om hvorvidt noe, som arbeid, gir personlig mening. Tatt i betraktning de negative erfaringene av å befinne seg i en jobb som ikke matcher personlige evner og interesser, vil jeg foreslå at å utføre arbeid som oppleves fjernt fra egne verdier vil kunne gjøre opplevelse av et sammenhengende selv enda mer utilgjengelig.

Når subjektiv meningstilskrivelse er viktig, men subjektiviteten er svekket. Ordet mening kan bety ulike ting, og jeg tolker det som at perspektivene legger ulike betydninger i ordet avhengig av hvilke fenomener de beskriver. I recoverylitteraturen virker ordet mening å beskrive noe tilsvarende verdifullt eller betydningsfullt, mens det i

selvforstyrrelseslitteraturen i tillegg refererer til at noe er forståelig eller henger sammen. Dette reflekterer recoveryperspektivets fokus på positiv utvikling og vekst, og selvforstyrrelsesperspektivets fokus på hvordan svekket subjektivitet kan føre til uforståelige, forvirrende og skremmende opplevelser.

I min utforsking av i hvilken grad de to perspektivene vektlegger opplevelse av mening, finner jeg at deres felles fenomenologiske røtter i Husserliansk filosofi kommer til syne. Med utgangspunkt i mennesket som grunnleggende meningsøkende finner en fra et selvforstyrrelsesperspektiv hvordan denne evnen spiller inn i utvikling av psykopatologi, mens en fra et recoveryperspektiv ser hvordan det innebærer at vi alle innehar potensiale for å identifisere og oppsøke opplevelser som kan være berikende for oss. Fra et recoveryperspektiv innebærer en fenomenologisk tilnærming at opplevelser må være av subjektiv betydning for å oppleves meningsfulle. Objektive antakelser om hva som er recoveryfremmende for en person kan være feilaktige og derfor unyttige i en recoveryprosess. Arbeid kan være recoveryfremmende dersom det oppleves meningsfullt for den enkelte. På samme måte kan det være til hinder for recovery dersom en befinner seg i arbeid som ikke oppleves meningsfullt. Ved å beskrive hvordan selve subjektiviteten er svekket ved schizofreni, belyser selvforstyrrelsesperspektivet hvordan prosessen med å komme frem til hva som er personlig meningsfullt kan være utfordrende. Dette illustreres blant annet ved pasientsitater i Møllers bok: «Jeg er meg selv, men jeg finner ikke meg selv», «Jeget mitt forsvinner» (2018, s. 79). Av den grunn vektlegges utforsking hva som er ens egne verdier og hva som oppleves meningsfullt, samt å fremheve opplevelser av mening og sammenheng i tilværelsen.

(e) Arbeid som mulighet til å styrke agens og mestring. Begrepet agens innebærer troen på at en selv har mulighet til å påvirke et utfall (Bandura, 2011). I gjennomgangen av metasynteser av kvalitative studier av personer med psykoselideler i arbeid, finner jeg at å

mestre utfordringer en møter på arbeidsplassen beskrives som å kunne gi opplevelse av agens og mestring (Blank et al., 2011; Fossey & Harvey, 2010; Hitch et al., 2013; Kinn et al., 2013). Kvalitative studier viser også til hvordan det å arbeide kan styrke mestringstro (Boyce et al., 2008; Krupa, 2004). Krupa (2004) beskriver hvordan mestring av jobbkraav gir en forventning om at vekst og positiv utvikling vil komme til å fortsette. For å danne seg positive mestringserfaringer beskrives det som en forutsetning å finne en balanse mellom for mye og for lite utfordring (Kinn et al., 2013; Kirsh, 2000b; Woodside et al., 2006). Jeg vil undersøke i hvilken grad de teoretiske modellene tar høyde for betydningen av å oppleve agens og mestring.

Agens og mestring i et recoveryperspektiv. Det femte bedringsområdet i CHIME-rammeverket er myndiggjøring (empowerment). Det innebærer opplevelse av personlig ansvar, kontroll, og fokus på personlige styrker (Leamy et al., 2011). (Fisher, 1994) beskriver hvordan myndiggjøring blant annet innebærer mulighet til å være deltakende i beslutninger som påvirker ens liv, som hvilken behandling en skal motta, hvor en skal bo, eller hvorvidt en skal jobbe. Amy Johnson skriver, basert på sine egne opplevelser med recovery, om hvordan personer i omgivelsene rundt noen med en psykoselidelse kan bidra til myndiggjøring i følgende sitat: «A person with a serious mental illness can only come to know who and what he or she is through how other people treat him or her as an adult» (Johnson & Davidson, 2013, s. 259). Jeg ser på den måten for meg at å være en del av en arbeidsplass kan bidra til myndiggjøring ved at en blir anerkjent som en aktør, utfordret og stilt krav til.

Å gjenvinne opplevelse av agens, ved for eksempel myndiggjøring, sees som å kunne utgjøre et viktig første steg i en recoveryprosess (Johnson & Davidson, 2013). I gjenvinnelse av rollen som aktør i eget liv, ligger samtidig ervervelse av makt til å påvirke hvordan en lever og hvordan en har det (Veseth & Skjølberg, 2016). Som jeg viser til i avsnittet om recoveryorientert praksis, sees recovery som noe som må ledes og gjøres av den som en

plaget av en psykisk lidelse (Anthony, 1993). Av den grunn beskrives tro på egen påvirkningskraft og evne til mestring som å være viktig å ha med seg når en skal begi seg ut på en recoveryprosess (Davidson et al., 2001b). Bjornestad et al. (2016) karakteriserer opplevelse av agens som en kjernemekanisme som fasiliteter bedring ved psykoselidelser, og finner at det innebærer erfaringer med at en kan og må ta ansvar for endring. Også her trekkes i recoverylitteraturen betydningen av små valg og handlinger frem som å kunne representere større mål om mestring, kontroll, og å bevege seg i riktig retning (Borg & Davidson, 2008). Gjennom de små valgene og seirene, har en mulighet til å rekonstruere opplevelsen av seg selv som en aktør med påvirkning på verden rundt seg og seg selv (Davidson, 2020).

I myndiggjøring ligger samtidig økt grad av ansvar. I gjenvinnelse av kontroll ligger det en risiko for å miste kontroll. Fra et recoveryperspektiv ser en det som at muligheten til å ta en risiko som kan innebære å feile burde være berettiget personer med psykiske lidelser på like linje med andre (Deegan, 1996). I beskrivelser av recoveryorientert praksis i England, trekkes det frem som en utfordring at risikovurderinger i psykisk helsevern ikke skal gå på bekostning av folks muligheter til å ta beslutninger om hvordan de vil leve livene sine (Perkins & Slade, 2012).

Agens og mestring i et selvforstyrrelsesperspektiv. En av de tre aspektene som sees å utgjøre selvforstyrrelser, svekket tilstedeværelse (diminished self- presence), beskrives som å svekke opplevelsen av å eksistere som en vital og sammenhengende kilde til bevissthet og handling (Sass, 2014; Sass & Parnas, 2003). Personer med schizofreni beskrives som å kunne oppleve seg selv som tenkende og handlende enheter, uten at handling og tanke tilknyttes selvet (Stanghellini & Lysaker, 2007). Jeg forstår disse beskrivelsene som at manglende eierskap til opplevelser og handlinger kan føre til svekket opplevelse av en selv som en aktør i verden, og på den måten kompromittere opplevelse av agens. Dette vil også kunne utgjøre et hinder for å nyttiggjøre seg av mestringsopplevelser. Dersom du har svekket eierskap til både

handlingen du utfører og tilbakemeldingene fra andre det utløser, vil opplevelse av mestring vanskeligere integreres i selvet og på den måten kunne bidra til å styrke agens. Møller beskriver denne utfordringen som at «menneskets handlekraft i eget liv forutsetter at bevissthetens integrering av de ulike opplevelseskvalitetene er intakt, både de mentale og de kroppslige» (2018, s. 158). Å styrke opplevelse av agens sees derfor som et mål i psykoterapi rettet mot selvforstyrrelser (Møller, 2018, 2. 134). Dette beskrives som å skje ved «aktivering av selvet» og å styrke identitetsfølelse (Møller, 2018, s. 157). Jeg finner ikke ytterligere beskrivelser av tilfeller der agens har blitt styrket gjennom eksempelvis aktivitet som arbeid.

Styrket agens som et mål, og måter å styrke agens på. Betydningen av styrket agens for gjenvinningen av et integrert selv beskrives som å være av avgjørende betydning for bedring ved psykoselidelser både fra et recoveryperspektiv og et selvforstyrrelsesperspektiv. Forskning fra et recoveryperspektiv innebærer en rekke eksempler på små og store erfaringer og handlinger som har bidratt til opplevelse av agens og myndiggjøring for personer med psykoselidelser. Recoverylitteratur refererer også spesifikt til hvordan å være i arbeid kan spille en rolle i en slik prosess. Selvforstyrrelsesperspektivet beskriver inngående hvilke mekanismer som ligger bak svekket agens hos personer med schizofreni, og synliggjør på den måten hvilke utfordringer personer med psykoselidelser kan stå ovenfor i prosessen med å gjenvinne agens. Jeg finner i mindre grad beskrivelser av hvordan en på tross av utfordringene kan lykkes i å oppleve styrket agens i selvforstyrrelseslitteraturen. Jeg ser på den måten forskning fra et recoveryperspektiv, og studiene av personer med psykoselidelser i arbeid, som å kunne utfylle selvforstyrrelsesperspektivet i utviklingen av psykoterapi rettet mot selvforstyrrelser, ved å innebære eksempler på hvordan personer med psykoselidelser kan oppnå opplevelse av agens og myndiggjøring.

(f) Arbeid som å tilby struktur. Av metasyntesene jeg undersøkte for å identifisere personer med psykoselidelsers typiske erfaringer med å være i arbeid, trekker samtlige frem at

å være i arbeid bidrar til opprettholdelse av rutiner og struktur (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Fossey & Harvey, 2010; Hitch et al., 2013; Kinn et al., 2013). Å forholde seg til strukturen som følger med en arbeidshverdag beskrives i kvalitative studier av personer med psykose lidelser i arbeid som noe positivt (Boyce et al., 2008; Dunn et al., 2008).

It gave me something to aim for, going to work and going out each morning at the same time. That's why i chose every day, 3 hours every day, rather. Than one full day in the week. Because it was nice to go out at the same time each day every day and get up the same time, as if i was at work all day. (Secker et al., 2003, s. 6)

I andre studier gav enkelte informanter uttrykk for en negativ opplevelse av å måtte forholde seg til strukturen på arbeidsplassen. Dette ble sett som å frarøve en frihet, fleksibilitet og tid for seg selv (Choi et al., 2020; Koletsi et al., 2009). Informanter i ulike kvalitative studier beskriver individuelle tilpasninger gjort av arbeidsplassen som viktige for at de kunne mestre arbeidshverdagen. Eksempler på slike tilpasninger innebærer fleksibilitet i arbeidstider og arbeidsmengde, utsatte frister, og mulighet til å avstå fra for eksempel nattevakter for å kunne opprettholde et stabilt søvnmønster (Kirsh, 2000b; Koletsi et al., 2009; Krupa, 2004; Secker et al., 2003). Det virker altså å være fordelaktig at hverdagen er strukturert, men samtidig tillater en viss fleksibilitet.

Betydningen av struktur i et recoveryperspektiv. Studier fra et recoveryperspektiv har funnet at i møte med behandling sees det som hjelpsomt at en tydelig struktur ligger til grunn, men at det også er muligheter til å bryte den (Topor et al., 2019). Rigid etterfølgelse av rutiner kan oppleves som lite hjelpsomt i en recoveryprosess (Ljungberg, Denhov & Topor, 2016). Hva gjelder struktur av hverdags- og privatliv, vil jeg vise til den tidligere beskrevne vektleggingen av myndiggjøring og å leve på måter som gir subjektiv mening. Dersom å leve rutinert og strukturert gir mening og opplevelse av myndiggjøring for den enkelte, vil det kunne sees som recoveryfremmende. På samme måte som enhver arbeidsplass ikke

nødvendigvis er recoveryfremmende for alle, vil ikke en strukturert hverdag være det heller. Å gi uttrykk for at personer med schizofreni generelt sett foretrekker en viss struktur på hverdagen vil ikke være i tråd med recoverytenkningens vektlegging av individuelle variasjoner. Som de kvalitative studiene viser varierer det i hvilken grad personer med psykoselidelser foretrekker struktur.

Recoverylitteraturen dekker i større grad temaet behov for fleksibilitet og mulighet for tilpasninger som fremkommer av studiene av personer med psykoselidelser i arbeid. Davidson (2020) skriver at recovery ikke er en strømlinjeformet prosess, og anerkjenner at det på enkelte tidspunkter vil være mer behov for tilpasninger og tilrettelegging enn andre. Slade og Longden (2015) oppfordrer helsearbeidere spesifikt til å opprette kontakt med brukernes arbeidsgivere for å informere disse om eventuelle behov for tilpasninger på arbeidsplassen. Recoveryorientert praksis har blitt kritisert for at den risikerer å vektlegge selvstendighet i så stor grad at personer med psykiske lidelser ikke lenger får tilgang til hjelpen og støtten de trenger i dårlige perioder. Slade et al. (2014) svarer imidlertid på denne kritikken med å understreke at recovery handler om å skape et samfunn som kan romme ulike behov.

Betydningen av struktur i et selvforstyrrelsesperspektiv. Henriksen og Nilsson (2017) og Nilsson et al. (2019) beskriver som nevnt en preferanse hos personer med schizofreni for aktiviteter med en klar struktur og definerte roller, samt mulighet til å trekke seg tilbake og å være for seg selv. Dette beskrives som å skape et positivt press som holder en sosialt involvert, og som å bidra til stabilisering og bedring (Škodlar & Henriksen, 2019). Det oppfordres til å tilrettelegge for struktur og forutsigbarhet i terapi såvel som ved andre aktiviteter (Škodlar & Henriksen, 2019). Preferansene forklares som en følge av å leve med selvforstyrrelser som opplevelse av fremmedhet fra seg selv og andre, opplevelse av å være gjennomsløst eller at andre kan legge merke til hva en tenker, og tendens til hyperrefleksivitet som kan gjøre det vanskelig å være tilstede og oppmerksom i sosiale

sammenhenger (Henriksen & Nilsson, 2017). Å rette terapeutiske tiltak mot selvforstyrrelser sees derfor som å kunne bidra til økt fleksibilitet i sosiale sammenhenger. I de kvalitative studiene av personer med psykoselidelser i arbeid gjenspeiles preferansene for struktur, og behov for fleksibilitet til blant annet å kunne trekke seg tilbake. I Møllers redegjørelse for fokus på selvforstyrrelsers plass i et helhetlig behandlingsapparat oppfordrer han til inkludering og psykoedukasjon av nettverket rundt personer med schizofreni, det være seg familie, arbeidsgivere, saksbehandlere i NAV, eller IPS-veiledere for at disse gis mulighet til å tilrettelegge for hensiktsmessige tilpasninger (Møller, 2018).

Generelle eller individuelle tilpasninger? Jeg ser det som at selvforstyrrelsesperspektivets identifisering av typiske kompensatoriske mekanismer ved sosial samhandling for personer med schizofreni kan normalisere og belyse hvorfor og hvordan personer med psykoselidelser kan ha behov for tilpasninger på en arbeidsplass. Det understrekes her at de foreslåtte mekanismene er basert på klassiske redegjørelser av schizofreni og kliniske vignetter, og at det er behov for ytterligere empirisk utforskning av fenomenene (Henriksen & Nilsson, 2017). Preferanse for strukturert aktivitet med fastsatt mål, tid og sted gjenspeiles i de kvalitative studiene av personer med psykoselidelser i arbeid. Preferansene sees likevel som å være en konsekvens av å leve med selvforstyrrelser, og å kunne gi samhandling med andre en dominere rigid og lite fleksibel karakter (Henriksen & Nilsson, 2017). Derfor sees terapi rettet mot selvforstyrrelser som å kunne påvirke preferansene og å bidra til økt fleksibilitet. Jeg ser de individuelle forskjellene i preferanser for struktur som å gjenspeiles i recoveryperspektivets vektlegging av hvordan den enkeltes recoveryprosess er unik, og som å synliggjøre en av utfordringene ved implementering av recoveryorientert praksis. De tar høyde for at personer med psykiske lidelsers preferanser for mer eller mindre struktur kan variere i like stor grad som i den generelle befolkningen. Jeg antar at det kan oppleves diskriminerende å bli møtt med antakelser om preferanser for en viss

struktur eller visse tilpasninger på en arbeidsplass, men at det også kan oppleves normaliserende og validerende av utfordringene en står ovenfor å bli tilbudt struktur og tilpasninger i tråd med hva andre som har stått ovenfor liknende utfordringer har opplevd som nyttig.

(g) Arbeid som å tilby økonomisk stabilitet og frihet. Metasyntesene av personer med psykoselidelser i arbeid finner at betalt arbeid gir konkret verdsettelse og økonomisk frihet (Blank et al., 2011; Choi et al., 2020; Fossey & Harvey, 2010). Lønn beskrives i kvalitative studier av personer med psykoselidelser i arbeid som et viktig insentiv til og en positiv følge av arbeidsdeltakelse (Kirsh, 2000b; Koletsi et al., 2009). Dunn et al. (2008) fant at informantene brukte lønnen på å oppnå økonomisk uavhengighet, betale gjeld, og å betale for bil, utdanning og helsetjenester. I følgende sitat fra Boyce et al. beskrives det jeg tolker som en positiv opplevelse av økonomisk uavhengighet: «It's great having my own money coming in- earning, you know, earning the money that I'm living on rather than getting it from the state» (2008, s. 84).

Økonomi i et recoveryperspektiv. Som del av et større studie av støttetiltak ble personer med alvorlige psykiske lidelser gitt en månedlig sum penger med oppfordring om å bruke dem på sosiale aktiviteter (Davidson et al., 2001b). Deltakerne var ansett av sine behandlere som å fungere begrenset sosialt, og utilstrekkelig økonomi var på forhånd identifisert som et hinder for sosialisering.

You don't really feel normal if you can't go anywhere, if you can't do anything except free things. And everybody's going out to dinner you know, going to the movies and all these things, and you are stuck home or stuck at the [social] club. (Davidson et al., 2001a, s. 280)

Deltakerne fant at pengene øremerket sosiale aktiviteter gav dem muligheter til å delta i sosiale aktiviteter de ikke hadde tatt seg råd til tidligere, noe som gav dem betydningsfulle

relasjonelle erfaringer. I et liknende studie fant Topor og Ljungqvist (2017) at måten deltakerne brukte penger på påvirket selvfølelse ved å kunne gi opplevelse av mestring, agens, resiprositet, anerkjennelse og sikkerhet. Topor (2004) finner i en gjennomgang av beretninger om recovery i Sverige at dårlig økonomi gjorde en avhengig av bidrag fra familie og venner, noe som kunne ha negativ påvirkning på identitetsbilde. Han finner også at dårlig økonomi blokkerer muligheten til å delta i en rekke kommersielle, sosiale og kulturelle aktiviteter. En regresjonsanalyse finner en assosiasjon mellom faktorene økonomisk belastning og sosialt nettverk, og at begge faktorene er relatert til recoverystatus fem år etter første episode av psykose (Mattsson, Topor, Cullberg & Forsell, 2008). Å jobbe kan altså gi bedre økonomi, som kan åpne opp for en rekke muligheter til andre aktiviteter og livsførsler som kan fremme recovery. Dette beskrives i Borg og Davidson (2008) som den tydelige immaterielle betydningen av materielle ressurser. De minner om at dette er tilfellet for de fleste av oss, om en har en psykisk lidelse eller ikke. Johnson og Davidson (2013) beskriver betydningen av å bli behandlet som en som er verdt recovery, for å se seg selv som verdig. Betaling for utført arbeid kan sees som en helt konkret verdsettelse av ens personlige evner og bidrag. Recoverylitteraturen beskriver altså rikt og utfyllende hvordan økonomi kan være av indirekte betydning for bedring ved alvorlige psykiske lidelser som psykoselidelser.

Økonomi i et selvforstyrrelsesperspektiv. Nyere revisjoner av selvforstyrrelsesmodellen tar høyde for variasjoner i grad av selvforstyrrelser og symptomer på schizofreni over tid, ved å inkludere påvirkningen av biologiske og sosiale faktorer (Sass et al., 2018). Sosiale stressorer som traumer og aspekter ved kultur nevnes å kunne påvirke sekundære faktorer ved schizofreni, altså kompensatorisk atferd som følger av den primære subjektivitetssvekkelsen (Sass et al., 2018). Perspektivet synes på den måten å være på vei mot å ta påvirkningen av eksterne, samfunnsmessige faktorer på schizofreni i betraktning. I litteraturen jeg har tatt utgangspunkt i finner jeg ikke ytterligere utforskning av

utenforliggende faktorer, ei heller eksplisitt utforskning av betydningen livsstressorer og belastninger, som dårlig økonomi, kan utgjøre for personer med psykoselidelser.

Selvforstyrrelsesperspektivet hevder heller ikke å favne hele bildet rundt personer med schizofreni, men å være en spesifikk modell for kliniske fenomener (Møller, 2018, s. 16).

Et bredt og et smalt perspektiv. Recoveryperspektivets fokuserer på grunnleggende rettigheter, og at personer med psykiske lidelser kan ha behov for støtte på andre områder enn de som spesifikt er relatert til psykisk lidelse. Betydningen økonomisk status kan ha for recovery er derfor høyst tilgjengelig og tilstede i recoverylitteraturen. I

selvforstyrrelseslitteraturen tas omstendigheter rundt individet, som økonomi, i mindre grad hensyn til. Recoveryperspektivet er et bredt perspektiv ved at det favner rollen individet, pårørende, klinikere, samfunnet og kulturen utgjør i recoveryprosesser.

Selvforstyrrelsesperspektivet er på sin side et smalere perspektiv som fokuserer spesifikt på subjektivitetsstruktur hos personer med schizofreni spektrum lidelser, på det minimale selvet i et individ.

Avsluttende refleksjoner

Fenomenet arbeid viser seg å innebære en rekke temaer som de to perspektivene trekker frem som å være av generell betydning for personer med psykoselidelser. Dette viser hvordan man ved å fokusere på et spesifikt tema, som arbeid, kan favne et bredt spekter av høyst relevante livserfaringer. Gjennom oppgaven har jeg ført en løpende diskusjon av overenstemmelser og ulikheter i perspektivenes redegjørelser av temaene. Jeg vil likevel avslutningsvis forsøke å besvare noen overordnede spørsmål jeg stiller i oppgaven. Er det hensiktsmessig å sammenlikne et recoveryperspektiv og et selvforstyrrelsesperspektiv, og kan de utfylle hverandre? Hva slags betydning kan en teoretisk utforskning som denne ha for videreutviklingen av arbeidsrettede tiltak? Og burde alle jobbe? Jeg vil også løfte frem betydningen av konteksten jeg skriver i og diskutere styrker og svakheter ved oppgaven.

Er det hensiktsmessig å sammenlikne et recoveryperspektiv og et selvforstyrrelsesperspektiv, og kan de utfylle hverandre?

I hvilken grad de teoretiske perspektivene omfatter det som blir rapportert i de kvalitative studiene vil kunne si noe om hvorvidt de evner å fange den subjektive opplevelsen av å leve med en psykoselidelse. Recoveryperspektivet favner som nevnt et bredt spekter av livstemaer og omhandler ikke spesifikt personer med schizofreni spektrum lidelser. I tråd med fenomenologisk metode studeres psykisk lidelse indirekte ved å ta høyde for en mer helhetlig opplevelse av tilværelsen. Selvforstyrrelsesperspektivet på sin side har som nevnt et mer spesifikt fokus, på selvopplevelse ved schizofreni spektrum lidelser. Et eksempel på denne forskjellen er hvordan Henriksen og Nilsson (2017) hevder at å utforske kjernen til vanskene personer med psykoselidelser opplever er av høyere psykopatologisk og psykoterapeutisk relevans enn hvorvidt disse personene har jobb, eller hvor ofte de treffer venner og familie. Jeg ser denne forskjellen som å gjennomsyre diskusjonen av perspektivene gjennom oppgaven og å gjøre sammenlikning utfordrende, men også som å tyde på desto større potensiale for at perspektivene kan utfylle hverandre. En styrke ved recoveryperspektivet vil være hvordan det eksplisitt tar høyde for flere av temaene som rapporteres å være knyttet til arbeidsdeltakelse, og hvordan et bredt spekter av hverdagslige erfaringer løftes frem som å kunne representere viktige steg på veien mot å leve godt med en psykisk lidelse. Med et mer klinisk fokus vil slike erfaringer risikere å bli oversett, tatt for gitt, eller kategorisert som usunne belastninger (Borg & Davidson, 2008; Davidson, Shahar, Lawless, Sells & Tondora, 2006). Selvforstyrrelsesperspektivet innebærer i større grad teorier og hypoteser som synliggjør de spesifikke utfordringene det å ha en schizofreni spektrum lidelse kan innebære. Det forklarer i større grad hvordan nettopp en psykisk lidelse som schizofreni kan frarøve en positive erfaringer med livstemaene som trekkes frem som betydningsfulle i et recoveryperspektiv. Selv om jeg ikke finner at arbeid som fenomen tas spesifikt høyde for i et

selvforstyrrelsesperspektiv, forstår jeg beskrivelsene av selvforstyrrelser som underliggende og vedvarende på tvers av kontekster som å innebære at de også vil gjøre seg gjeldende i en arbeidssituasjon. Jeg ser derfor hvordan selvforstyrrelser vil kunne påvirke en arbeidssituasjon som hensiktsmessig å utforske og diskutere. Av den grunn vil jeg hevde at begge perspektivene er av betydning for en mer helhetlig forståelse av opplevelser knyttet til arbeidsdeltakelse for personer med psykoselidelser, og at deres henholdsvis brede og smale fokus kan utfylle hverandre. Kanskje vil den videre utviklingen av psykoterapi rettet mot selvforstyrrelser innebære å ta ytterligere høyde for betydningen av utenforliggende faktorer. At forskning fra et recoveryperspektiv viser til spesifikke måter bedring kan forekomme på, også for personer med psykoselidelser, bidrar med å holde frem at bedring er mulig.

Kan en teoretisk utforskning være av betydning for videreutviklingen av arbeidsrettede tiltak?

Recoveryorientert praksis har ambisjoner om å påvirke hvordan systemer og samfunnet rundt personer med psykiske lidelser, og andre, er bygget opp (Davidson, Tondora, Staeheli, O'Connell & Rowe, 2008; Perkins & Slade, 2012; Slade et al., 2014).

Selvforstyrrelsesperspektivet ser kunnskap om selvforstyrrelser som å ha en plass i ulike behandlingstiltak for personer med psykoselidelser (Møller, 2018, s. 170). På spørsmålet om hvordan en teoretisk utforskning som denne kan være av betydning for videreutvikling av arbeidsrettede tiltak vil jeg trekke frem hvordan et recoveryperspektiv bidrar med å underbygge viktigheten av inkludering av personer med psykiske lidelser i arbeidslivet, og å demonstrere hvordan å være i arbeid kan innebære en rekke positive erfaringer som kan være av betydning for recovery. Når det er sagt ser jeg ikke perspektivet som å fremme arbeidsdeltakelse for enhver pris, kun dersom arbeid oppleves som en meningsfull livsførsel og aktivitet. Et recoveryperspektiv kan derfor fremheve viktigheten av at typen arbeid en velger, gjennom for eksempel IPS, kan ha vel så mye å si for recovery som det å være

arbeidstaker i seg selv. Selvfølgeligsperspektivet demonstrerer hvordan subjektivitetssvikt ved schizofreni kan ha påvirkning på intrapersonlig og interpersonlig fungering, og på den måten også gjøre seg gjeldene i en arbeidssituasjon. At helsearbeidere, ansatte i arbeids- og velferdsforvaltningen, og for eksempel IPS-veiledere sitter på kunnskap om selvførelser kan derfor bidra til økt forståelse for utfordringene personer med schizofreni står ovenfor i arbeidslivet, og være av betydning for utforming av individuelle tilpasninger.

Burde alle jobbe?

Den teoretiske diskusjonen i oppgaven tar utgangspunkt i opplevelser relatert til arbeidsdeltakelse. Dette betyr på langt nær at arbeid er eneste vei til slike erfaringer. Kunne de bedringsfremmende aspektene ved arbeidsdeltakelse blitt oppnådd på andre måter? Studier finner blant annet at fritidsaktiviteter (Topor, 2004) og frivillige engasjement (Marwaha & Johnson, 2004; Pérez-Corrales et al., 2019) gir liknende fordeler. De negative erfaringene fra arbeidslivet som mobbing (Samnani & Singh, 2012), utbrenthet (Schaufeli et al., 2009) og erfaringer med stigma og diskriminering (Blank et al., 2011; Kinn et al., 2013; Marwaha & Johnson, 2004) tyder på at arbeid kan være en arena for uhensiktsmessige erfaringer og belastning, så vel som for bedring. Kan arbeid i enkelte tilfeller sees om å gjøre mer skade enn nytte? Hvor stor betydning har så et samfunnsøkonomisk insentiv på satsningen på å få personer med psykiske lidelser ut i ordinært arbeid? Bond, Drake og Becker (2012) trekker frem hvordan arbeidsrettede tiltak utenfor det ordinære arbeidsmarkedet utgjør en samfunnsøkonomisk byrde ettersom de stort sett er drevet av statlige midler, og brukerne av disse tjenestene betaler mindre skatt.

Dersom det i stor grad er å inneha den sosialt anerkjente rollen som arbeidstaker som gjør arbeid bedringsfremmende, sier det noe om statusen det å være arbeidsdyktig har i samfunnet, heller enn arbeid som helsefremmende i seg selv. Funnene av negative erfaringer

med arbeidsledighet som hovedsakelig beskriver opplevelser knyttet til stigmatisering, fremmedgjøring og manglende tilhørighet (du Toit et al., 2018) kan tyde på dette.

Selv om jeg benytter internasjonale studier i oppgaven, skriver jeg i en norsk kontekst. Ulike arbeids- og velferdsordninger skiller det europeiske arbeidsmarkedet fra for eksempel det amerikanske (Bond et al., 2012). Olsen, Kalleberg og Nesheim (2010) finner at norske og tyske arbeidstakere rapporterer høyere tilfredshet med arbeidsforhold, jobbsikkerhet og trivsel i forhold til amerikanske og britiske, og forklarer forskjellene som å reflektere institusjonelle ulikheter. Slike ulikheter, samt forskjeller i arbeidsledighet, lønnsnivå, utdanningsnivå og forkunnskaper som kreves for å få en jobb, vil sannsynligvis påvirke tilgjengelighet av arbeid og i hvilken grad arbeid innebærer positive gevinster for psykisk helse. Kulturforskjeller i arbeidsmarked, helsevesen, og velferdsordninger vil av den grunn være viktige å ta høyde for ved implementering av arbeidsrettede tiltak.

Olsen et al. (2010) refererer også til hvordan styrkede markedskrefter har ført til en utvikling i arbeidsmarkedet som innebærer høyere arbeidspress og lavere jobbsikkerhet. Dersom jobber krever stadig mer i form av forhøyede krav til kompetanse, produksjon og effektivitet, vil dette kunne skape et ekskluderende arbeidsmarked, og kunne utgjøre et hinder for målet om et inkluderende arbeidsliv.

Styrker og svakheter ved oppgaven

Jeg har skrevet en teoretisk oppgave, og har derfor ikke empirisk belegg til å trekke konklusjoner om betydningen av arbeid for personer med psykoselidelser. Påstandene jeg reiser i oppgaven er basert på andres arbeid og tolkninger. Styrken ved en teoretisk oppgave som denne er at jeg i større grad har hatt mulighet til å utforske de teoretiske forståelsesmodellene for psykose som recoveryperspektivet og selvforstyrrelsesperspektivet utgjør. Jeg har også hatt mulighet til å vise hvordan perspektivene kan anvendes inn mot et så sentralt tema som arbeid.

Variasjoner i langtidsutfall, symptomuttrykk og behandlingseffekter er nettopp det som har igangsatt diskusjonen rundt psykoselidelsers diagnostiske validitet. Det vil naturligvis også være individuelle variasjoner i personer med psykoselidelsers forutsetninger og ønske om å jobbe. Variasjoner i utdanningsnivå, arbeidserfaring, og verdier vil spille inn. Pre-morbid fungering viser seg å være den sterkeste prediktoren for hvorvidt personer med schizofreni lykkes i arbeid (Marwaha & Johnson, 2004). Det vil derfor være en svakhet ved oppgaven dersom den fremstår som en ensidig fremstilling av at å jobbe er det rette svaret for alle. Hensikten er å fremme et argument for at for de som kan og ønsker å jobbe burde muligheten være der.

Referanser

- AlAqeel, B., & Margolese, H. C. (2012). Remission in Schizophrenia: Critical and Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(6), 281-297.
doi:10.3109/10673229.2012.747804
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C. (1987). The Diagnosis of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(1), 9-22. doi:10.1093/schbul/13.1.9
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449.
doi:10.1176/appi.ajp.162.3.441
- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11-23.
doi:10.1037/h0095655
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2017). Slik er arbeidsledigheten i Norge. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmarked-og-sysselsetting/innsikt/den-norske-arbeidsmarknaden/slik-er-arbeidsledigheten-i-norge/id2536083/>
- Arbeidsdepartementet, & Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse 2013- 2016*. Oslo: Departementets servicesenter. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ad/publikasjoner/rapporter/2013/oppfplanarbogpsykhelse.pdf?id=2155420>
- Bandura, A. (2011). On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited. *Journal of management*, 38(1), 9-44. doi:10.1177/0149206311410606

- Barham, P., & Hayward, R. (1995). *Relocating madness : from the mental patient to the person*. London: Free Association Books.
- Basaglia, F. (1987). *Psychiatry inside out: Selected writings of Franco Basaglia*. New York, NY, US: Columbia University Press.
- Bassman, R. (1997). The mental health system: Experiences from both sides of the locked doors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(3), 238-242.
doi:10.1037/0735-7028.28.3.238
- 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
- Bhugra, D. (2005). The Global Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(5), E151-E151; quiz e175. doi:10.1371/journal.pmed.0020151
- Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F., & Healy, J. (2009). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological medicine*, 23(2), 387-395.
doi:10.1017/s0033291700028488
- Bjornestad, J., Bronnick, K., Davidson, L., Hegelstad, W. t. V., Joa, I., Kandal, O., . . . Johannessen, J. O. (2016). The central role of self-agency in clinical recovery from first episode psychosis. *Psychosis*, 9(2), 140-148.
doi:10.1080/17522439.2016.1198828
- Bjaarstad, S., Trane, K. A. R., Hatling, T., & Reinertsen, S. (2014). Nye trender innen arbeid og psykisk helse - sett i sammenheng med recovery. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(3), 232-240. Hentet fra
http://www.idunn.no/tph/2014/03/nye_trender_innen_arbeid_og_psykisk_helse_-_sett_i_sammenheng

- Blank, A., Harries, P., & Reynolds, F. (2011). Mental health service users' perspectives of work: a review of the literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 191-199. doi:10.4276/030802211x13021048723336
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Oxford, England: International Universities Press.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32-39. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.01.005
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 129-140. doi:10.1080/09638230701498382
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013a). *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling*. (4). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505. doi:10.1080/09638230400006809
- Borg, M., Veseth, M., Binder, P.-E., & Topor, A. (2013b). The role of work in recovery from bipolar disorders. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 12(3), 323-339. doi:10.1177/1473325011424642
- Boyce, M., Secker, J., Johnson, R., Floyd, M., Grove, B., Schneider, J., & Slade, J. (2008). Mental health service users' experiences of returning to paid employment. *Disability & Society*, 23(1), 77-88. doi:10.1080/09687590701725757
- Brage, S., Nossen, J. P., Kann, I. C., & Thune, O. (2012). Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000-2011. *Arbeid og velferd*, 3(2012), 24-37. Hentet fra

<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/sykefravaer-med-diagnose-innen-psykiske-lidelser-20002011>

- Burgy, M. (2008). The Concept of Psychosis: Historical and Phenomenological Aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1200-1210. doi:10.1093/schbul/sbm136
- Chamberlin, J. (1990). The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going. *The Journal of Mind and Behavior*, 11(3/4), 323-336. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/43854095>
- Choi, D. J., Joung, J., Kim, E., & Kim, S. (2020). "Entry to the Society from the Schizophrenic Cave"- A Qualitative Meta-Synthesis of Job Experiences for People with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(10), 873-886. doi:10.1080/01612840.2020.1731892
- Cohen, D., & Cohen, H. (1986). Biological Theories, Drug Treatments, and Schizophrenia: A Critical Assessment. *The Journal of Mind and Behavior*, 7(1), 11-35. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/43853201>
- Cooke, A., & Kinderman, P. (2018). "But What About Real Mental Illnesses?" Alternatives to the Disease Model Approach to "Schizophrenia". *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), 47-71. doi:10.1177/0022167817745621
- Corin, E., & Lauzon, G. (1992). Positive Withdrawal and the Quest for Meaning: The Reconstruction of Experience among Schizophrenics. *Psychiatry*, 55(3), 266-278. doi:10.1080/00332747.1992.11024600
- Corin, E. E. (1990). Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14(2), 153-188. Hentet fra <https://link.springer.com/article/10.1007%2F00046659?LI=true>

- Corrigan, P., McCorkle, B., Schell, B., & Kidder, K. (2003). Religion and Spirituality in the Lives of People with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 39(6), 487-499. doi:10.1023/b:comh.0000003010.44413.37
- Cunningham, K., Wolbert, R., & Brockmeier, M. B. (2000). Moving Beyond the Illness: Factors Contributing to Gaining and Maintaining Employment. *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 481-494. doi:10.1023/a:1005136531079
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York, NY, US: New York University Press.
- Davidson, L. (2020). Recovering a sense of self in schizophrenia. *Journal of Personality*, 88(1), 122-132. doi:10.1111/jopy.12471
- Davidson, L., Haglund, K. E., Stayner, D. A., Rakfeldt, J., Chinman, M. J., & Tebes, J. K. (2001a). "It was just realizing ... that life isn't one big horror": a qualitative study of supported socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 275-292. doi:10.1037/h0095084
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. doi:10.1080/09638230701482394
- Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2007). Remission and Recovery in Schizophrenia: Practitioner and Patient Perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 5-8. doi:10.1093/schbul/sbm122
- Davidson, L., Shahar, G., Lawless, M. S., Sells, D., & Tondora, J. (2006). Play, Pleasure, and Other Positive Life Events: "Non-Specific" Factors in Recovery from Mental Illness? *Psychiatry*, 69(2), 151-163. doi:10.1521/psyc.2006.69.2.151

- Davidson, L., Stayner, D. A., Nickou, C., Styron, T. H., Rowe, M., & Chinman, M. L. (2001b). "Simply to be let in": Inclusion as a basis for recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 375-388. doi:10.1037/h0095067
- Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65(2), 131-145. doi:10.1111/j.2044-8341.1992.tb01693.x
- Davidson, L., Tondora, J., Staeheli, M., O'Connell, M., & Rowe, M. (2008). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Deegan, P. (1996). Recovery as A Journey of the Heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97. doi:10.1037/h0101301
- du Toit, M., de Witte, H., Rothmann, S., & van den Broeck, A. (2018). Contextual factors and the experience of unemployment: A review of qualitative studies. *South African Journal of Economic and Management Sciences*, 21(1), 1-11. doi:10.4102/sajems.v21i1.2083
- Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 59-62. doi:10.2975/32.1.2008.59.62
- Evensen, S., Ueland, T., Lystad, J. U., Bull, H., Klungsøyr, O., Martinsen, E. W., & Falkum, E. (2017). Employment outcome and predictors of competitive employment at 2-year follow-up of a vocational rehabilitation programme for individuals with schizophrenia in a high-income welfare society. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(3), 180-187. doi:10.1080/08039488.2016.1247195
- Evensen, S., Wisløff, T., Lystad, J. U., Bull, H., Ueland, T., & Falkum, E. (2016). Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A

- Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. *Schizophrenia Bulletin*, 42(2), 476-483. doi:10.1093/schbul/sbv141
- Falkum, E., Klungsoyr, O., Lystad, J. U., Bull, H. C., Evensen, S., Martinsen, E. W., . . . Ueland, T. (2017). Vocational rehabilitation for adults with psychotic disorders in a Scandinavian welfare society. *BMC Psychiatry*, 17(1), 24. doi:10.1186/s12888-016-1183-0
- Farias, M., Maraldi, E., Wallenkampf, K. C., & Lucchetti, G. (2020). Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(5), 374-393. doi:10.1111/acps.13225
- Fisher, D. B. (1994). A new vision of healing as constructed by people with psychiatric disabilities working as mental health providers. *Psychosocial rehabilitation journal*, 17(3), 67-81. doi:10.1037/h0095574
- Fossey, E. M., & Harvey, C. A. (2010). Finding and sustaining employment: A qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(5), 303-314. doi:10.1177/000841741007700501
- Friis, S. (2012). Kan man bli frisk av schizofreni? *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 132(7), 847- 848. doi:10.4045/tidsskr.12.0270
- Glover, H. (2012). Recovery, Lifelong Learning, Empowerment and Social Inclusion: Is a New Paradigm Emerging? In P. Ryan, S. Ramon, & T. Greacen (Eds.), *Empowerment, Lifelong learning and Recovery in Mental Health: Towards a new paradigm* (ss. 15-35). London: Palgrave Macmillan UK.
- Gonzales, L., Davidoff, K. C., Nadal, K. L., & Yanos, P. T. (2015). Microaggressions experienced by persons with mental illnesses: An exploratory study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), 234-241. doi:10.1037/prj0000096

- Granerud, A., & Severinsson, E. (2006). The struggle for social integration in the community - the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *13*(3), 288-293. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00950.x
- Hamm, J. A., Leonhardt, B. L., Ridenour, J., Lysaker, J. T., & Lysaker, P. H. (2018). Phenomenological and recovery models of the subjective experience of psychosis: discrepancies and implications for treatment. *Psychosis*, 1-11. doi:10.1080/17522439.2018.1522540
- Hampson, M. E., Hicks, R. E., & Watt, B. D. (2018). Beliefs about employment of people living with psychosis. *Australian Journal of Psychology*, *70*(2), 103-112. doi:10.1111/ajpy.12172
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, *144*(6), 718-726. doi:10.1176/ajp.144.6.718
- Harper, D., & Speed, E. (2012). Uncovering Recovery: The Resistible Rise of Recovery and Resilience. *Studies in Social Justice*, *6*(1), 9-25. doi:10.1057/9781137304667_3
- Harrison, G., Janca, A., Hopper, K., & Sartorius, N. (Eds.). (2007). *Recovery from Schizophrenia: An International Perspective : A Report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia*: Oxford University Press.
- Haug, E., Øie, M., Andreassen, O. A., Bratlien, U., Nelson, B., Melle, I., & Møller, P. (2017). High levels of anomalous self-experience are associated with longer duration of untreated psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, *11*(2), 133-138. doi:10.1111/eip.12220
- Haug, E., Øie, M., Andreassen, O. A., Bratlien, U., Raballo, A., Nelson, B., . . . Melle, I. (2014). Anomalous self-experiences contribute independently to social dysfunction in

- the early phases of schizophrenia and psychotic bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 475-482. doi:10.1016/j.comppsy.2013.11.010
- Hegelstad, W. T. V., Joa, I., Heitmann, L., Johannessen, J. O., & Langeveld, J. (2018). Job- and schoolprescription: A local adaptation to individual placement and support for first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 859-866. doi:10.1111/eip.12686
- Hegelstad, W. T. V., Larsen, T. K., Auestad, B., Evensen, J., Haahr, U., Joa, I., . . . McGlashan, T. (2012). Long-Term Follow-Up of the TIPS Early Detection in Psychosis Study: Effects on 10-Year Outcome. *American Journal of Psychiatry*, 169(4), 374-380. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11030459
- Helm, S. (2009). Review of A practical guide to recovery oriented practice: Tools for transforming mental health care. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(1), 69-70. doi:10.1037/h0094642
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>
- Henriksen, M. G., & Nilsson, L. S. (2017). Intersubjectivity and Psychopathology in the Schizophrenia Spectrum: Complicated We, Compensatory Strategies, and Self-Disorders. *Psychopathology*, 50(5), 321-333. doi:10.1159/000479702
- Hitch, D., Pepin, G., & Stagnitti, K. (2013). Engagement in Activities and Occupations by People Who Have Experienced Psychosis: A Metasynthesis of Lived Experience. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 77-86. doi:10.4276/030802213x13603244419194

- Honey, A. (2004). Benefits and Drawbacks of Employment: Perspectives of People with Mental Illness. *Qualitative Health Research, 14*(3), 381-395.
doi:10.1177/1049732303261867
- Hunt, H. T., & Cherufka, C. M. (1976). A Test of the Psychedelic Model of Altered States of Consciousness: the role of introspective sensitization in eliciting unusual subjective reports. *Archives of General Psychiatry, 33*(7), 867- 876.
doi:10.1001/archpsyc.1976.01770070097012
- Jablensky, A. (2000). Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 250*(6), 274-285. doi:10.1007/s004060070002
- Jobe, T. H., & Harrow, M. (2005). Long-Term Outcome of Patients with Schizophrenia: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 50*(14), 892-900.
doi:10.1177/070674370505001403
- Johnson, A., & Davidson, L. (2013). It's the Little Things that Count: Rebuilding a Sense of Self in Schizophrenia. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 10*(3), 258-264. Hentet fra https://www.idunn.no/tph/2013/03/its_the_little_things_that_count_rebuilding_a_sense_of_self
- Jonsdottir, A., & Waghorn, G. (2015). Psychiatric disorders and labour force activity. *Mental health review journal, 20*(1), 13-27. doi:10.1108/MHRJ-05-2014-0018
- Kendler, K. S., & Parnas, J. (2008). *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 539-548. doi:10.1037/0022-006x.73.3.539

- Kinn, L. G., Holgersen, H., Borg, M., & Davidson, L. (2016). "Watch your steps" – Community mental health professionals' perspectives on the vocational rehabilitation of people with severe mental illness. *Scandinavian Psychologist*, 3, e16.
doi:10.15714/scandpsychol.3.e16
- Kinn, L. G., Holgersen, H., Aas, R. W., & Davidson, L. (2013). "Balancing on Skates on the Icy Surface of Work": A Metasynthesis of Work Participation for Persons with Psychiatric Disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(1), 125-138.
doi:10.1007/s10926-013-9445-x
- Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I. M., Marshall, M., . . . Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9). doi:10.1002/14651858.CD008297.pub2
- Kirsh, B. (2000a). Factors associated with employment for mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 13-21. Hentet fra <https://search.proquest.com/scholarly-journals/factors-associated-with-employment-mental-health/docview/204739105/se-2?accountid=8579>
- Kirsh, B. (2000b). Work, workers, and workplaces: A qualitative analysis of narratives of mental health consumers. *Journal of Rehabilitation*, 66(4), 24-30. Hentet fra <https://search.proquest.com/scholarly-journals/work-workers-workplaces-qualitative-analysis/docview/236391315/se-2?accountid=8579>
- Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E. M., & Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing Schizophrenia in the Initial Prodromal Phase. *Archives of General Psychiatry*, 58(2), 158- 164. doi:10.1001/archpsyc.58.2.158
- Koletsis, M., Niersman, A., Van Busschbach, J. T., Catty, J., Becker, T., Burns, T., . . . Wiersma, D. (2009). Working with mental health problems: clients' experiences of

- IPS, vocational rehabilitation and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(11), 961-970. doi:10.1007/s00127-009-0017-5
- Krupa, T. (2004). Employment, recovery, and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 8-15. doi:10.2975/28.2004.8.15
- Lally, J., Ajnakina, O., Stubbs, B., Cullinane, M., Murphy, K. C., Gaughran, F., & Murray, R. M. (2017). Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *British Journal of Psychiatry*, 211(6), 350-358. doi:10.1192/bjp.bp.117.201475
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Leonhardt, B. L., Huling, K., Hamm, J. A., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., McLeod, H. J., & Lysaker, P. H. (2017). Recovery and serious mental illness: a review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(11), 1117-1130. doi:10.1080/14737175.2017.1378099
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2016). Non-helpful relationships with professionals - a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 25(3), 267-277. doi:10.3109/09638237.2015.1101427
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2010). Schizophrenia and Alterations in Self-experience: A Comparison of 6 Perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 331-340. doi:10.1093/schbul/sbn077
- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of

- psychological distress. *Social Science & Medicine*, 61(1), 1-14.
doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.037
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients: A Systematic Review. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 975-983. doi:10.1001/archpsyc.62.9.975
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337-349. doi:10.1007/s00127-004-0762-4
- Mattsson, M., Topor, A., Cullberg, J., & Forsell, Y. (2008). Association between financial strain, social network and five-year recovery from first episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(12), 947-952. doi:10.1007/s00127-008-0392-3
- Moller, P., & Husby, R. (2000). The Initial Prodrome in Schizophrenia: Searching for Naturalistic Core Dimensions of Experience and Behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 217-232. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033442
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., & Mueser, P. R. (2001). A Prospective Analysis of Work in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 281-296.
doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006874
- Mykletun, A., & Knudsen, A. K. (2009). *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser: en analyse basert på FD-trygd*. (2009: 4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Møller, P. (2018). *Schizofreni - en forstyrrelse av selvet: forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nelson, B., & Sass, L. A. (2009). Medusa's Stare: A Case Study of Working With Self-Disturbance in the Early Phase of Schizophrenia. *Clinical Case Studies*, 8(6), 489-504.
doi:10.1177/1534650109351931

- Nelson, B., Thompson, A., & Yung, A. R. (2012). Basic Self-Disturbance Predicts Psychosis Onset in the Ultra High Risk for Psychosis "Prodromal" Population. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1277-1287. doi:10.1093/schbul/sbs007
- Nelson, B., Thompson, A., & Yung, A. R. (2013). Not all first-episode psychosis is the same: preliminary evidence of greater basic self-disturbance in schizophrenia spectrum cases. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2), 200-204. doi:10.1111/j.1751-7893.2012.00381.x
- Nilsson, L. S., Parnas, U. A., & Nordgaard, J. (2019). Social Life in the Schizophrenia Spectrum: A Phenomenological Study of Five Patients. *Psychopathology*, 52(4), 232-239. doi:10.1159/000501833
- Nordgaard, J., Buch-Pedersen, M., Lene, Ulrik, & Simonsen, E. (2019). Measuring Psychotic-Like Experiences in the General Population. *Psychopathology*, 52(4), 240-247. doi:10.1159/000502048
- Nordgaard, J., Handest, P., Vollmer-Larsen, A., Sæbye, D., Pedersen, J. T., & Parnas, J. (2017). Temporal persistence of anomalous self-experience: A 5 years follow-up. *Schizophrenia Research*, 179, 36-40. doi:10.1016/j.schres.2016.10.001
- Nordgaard, J., Nilsson, L. S., Sæbye, D., & Parnas, J. (2018). Self-disorders in schizophrenia-spectrum disorders: a 5-year follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(7), 713-718. doi:10.1007/s00406-017-0837-3
- Norman, R. M. G., Malla, A. K., McLean, T., Voruganti, L. P. N., Cortese, L., McIntosh, E., . . . Rickwood, A. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 303-309. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102004303.x

- Olsen, K. M., Kalleberg, A. L., & Nesheim, T. (2010). Perceived job quality in the United States, Great Britain, Norway and West Germany, 1989-2005. *European Journal of Industrial Relations*, 16(3), 221-240. doi:10.1177/0959680110375133
- Pańczak, A., & Pietkiewicz, I. (2016). Work activity in the process of recovery - an interpretive phenomenological analysis of the experiences of people with a schizophrenia spectrum diagnosis. *Psychiatria Polska*, 50(4), 805-826. doi:10.12740/pp/44238
- Parnas, J. (2011). A Disappearing Heritage: The Clinical Core of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1121-1130. doi:10.1093/schbul/sbr081
- Parnas, J., Handest, P., Jansson, L., Aelig, & Bye, D. (2005). Anomalous Subjective Experience among First-Admitted Schizophrenia Spectrum Patients: Empirical Investigation. *Psychopathology*, 38(5), 259-267. doi:10.1159/000088442
- Parnas, J., Handest, P., Saebye, D., & Jansson, L. (2003). Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(2), 126-133. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00105.x
- Parnas, J., & Henriksen, M. G. (2014). Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical and research perspective. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(5), 251-265. doi:10.1097/HRP.0000000000000040
- Parnas, J., & Henriksen, M. G. (2019). Selfhood and its disorders. In G. Stanghellini, M. R. Broome, A. V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo, & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (ss. 465- 474). Oxford: Oxford University Press.
- Parnas, J., Jansson, L., Sass, L., & Handest, P. (1998). Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: A pilot study of first-admissions. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 6(2), 97-106.

- Parnas, J., Raballo, A., Handest, P., Jansson, L., Vollmer-Larsen, A., & Saebye, D. (2011). Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry, 10*(3), 200-204. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00057.x
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior, 74*(3), 264-282. doi:10.1016/j.jvb.2009.01.001
- Pérez-Corrales, J., Pérez-De-Heredia-Torres, M., Martínez-Piedrola, R., Sánchez-Camarero, C., Parás-Bravo, P., & Palacios-Ceña, D. (2019). 'Being normal' and self-identity: the experience of volunteering in individuals with severe mental disorders—a qualitative study. *BMJ Open, 9*(3), e025363-e025363. doi:10.1136/bmjopen-2018-025363
- Perkins, R., & Slade, M. (2012). Recovery in England: Transforming statutory services? *International Review of Psychiatry, 24*(1), 29-39. doi:10.3109/09540261.2011.645025
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., . . . Lönnqvist, J. (2007). Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. *Archives of General Psychiatry, 64*(1), 19-28. doi:10.1001/archpsyc.64.1.19
- Piliavin, J. A., & Siegl, E. (2007). Health Benefits of Volunteering in the Wisconsin Longitudinal Study. *Journal of Health and Social Behavior, 48*(4), 450-464. doi:10.1177/002214650704800408
- Price-Robertson, R., Obradovic, A., & Morgan, B. (2017). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health, 15*(2), 108-120. doi:10.1080/18387357.2016.1243014
- Raballo, A., Saebye, D., & Parnas, J. (2011). Looking at the Schizophrenia Spectrum Through the Prism of Self-disorders: An Empirical Study. *Schizophrenia Bulletin, 37*(2), 344-351. doi:10.1093/schbul/sbp056

- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Sveinsdottir, V., Løvvik, C., Lie, S. A., & Øverland, S. N. (2019). A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(1), 33-41. doi:doi:10.5271/sjweh.3753
- Rinaldi, M., Killackey, E., Smith, J., Shepherd, G., Singh, S. P., & Craig, T. (2010). First episode psychosis and employment: A review. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 148-162. doi:10.3109/09540261003661825
- Roberts, G., & Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(1), 37-48. doi:10.1192/apt.10.1.37
- Rose, D. (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health*, 23(5), 217-218. doi:10.3109/09638237.2014.928406
- Rossi, A., Amore, M., Galderisi, S., Rocca, P., Bertolino, A., Aguglia, E., . . . Maj, M. (2018). The complex relationship between self-reported 'personal recovery' and clinical recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 192, 108-112. doi:10.1016/j.schres.2017.04.040
- Rowe, M. (2008). Micro-affirmations and micro-inequities. *Journal of the International Ombudsman Association*, 1(1), 45-48. Hentet fra http://marypendergreene.com/wp-content/uploads/2019/12/Rowe-2008-microaffirmations_microinequities.pdf
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(5), e141-e141. doi:10.1371/journal.pmed.0020141
- Samnani, A.-K., & Singh, P. (2012). 20 Years of workplace bullying research: A review of the antecedents and consequences of bullying in the workplace. *Aggression and Violent Behavior*, 17(6), 581-589. doi:10.1016/j.avb.2012.08.004

Sandve, B., & Skålvik, A. B. (2009). *Selvforstyrrelse som kjernemarkør for pre- psykotisk fase: klarer SIPS (Strukturert Intervju for Prodromale Syndromer) å fange opp selvforstyrrelse?.* (Hovedoppgave). Universitetet i Bergen. Hentet fra <http://bora.uib.no/handle/1956/3576> Bergen Open Research Archive (BORA) database.

Sass, L. A. (2019). The life- world of persons with schizophrenia: Considered as a Disorder of Basic Self In G. Stanghellini, M. R. Broome, A. V. Fernandez, P. Fusar- Poli, A. Raballo, & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (ss. 597- 616). Oxford: Oxford University Press.

Sass, L. A., Borda, J. P., Madeira, L., Pienkos, E., & Nelson, B. (2018). Varieties of Self Disorder: A Bio-Pheno-Social Model of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(4), 720-727. doi:10.1093/schbul/sby001

Sass, L. A., Parnas, J., & Zahavi, D. (2011). Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18(1), 1-23. doi:10.1353/ppp.2011.0008

Sass, L. A. (1992). *Madness and modernism: insanity in the light of modern art, literature, and thought.* New York, New York: Basic Books.

Sass, L. A. (1994). *The paradoxes of delusion: Wittgenstein, Schreber, and the schizophrenic mind.* Ithaca, New York: Cornell University Press.

Sass, L. A. (2001). Self and World in Schizophrenia: Three Classic Approaches. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(4), 251-270. doi:10.1353/ppp.2002.0026

Sass, L. A. (2014). Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions). *Schizophrenia Research*, 152(1), 5-11. doi:10.1016/j.schres.2013.05.017

- Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.
doi:10.1108/13620430910966406
- Secker, J., Membrey, H., Grove, B., & Seebohm, P. (2003). The how and why of workplace adjustments: Contextualizing the evidence. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(1), 3-9. doi:10.2975/27.2003.3.9
- Shahar, G., Weinberg, D., McGlashan, T. H., & Davidson, L. (2010). Illness Related Stress Interacts with Perception of the Self as Ill to Predict Depression in Psychosis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 202-210.
doi:10.1521/ijct.2010.3.2.202
- Škodlar, B., & Henriksen, M. G. (2019). Toward a Phenomenological Psychotherapy for Schizophrenia. *Psychopathology*, 52(2), 117-125. doi:10.1159/000500163
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10(1), 26.
doi:10.1186/1472-6963-10-26
- Slade, M. (2012). Everyday Solutions for Everyday Problems: How Mental Health Systems Can Support Recovery. *Psychiatric Services*, 63(7), 702-704.
doi:10.1176/appi.ps.201100521
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., . . . Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. doi:10.1002/wps.20084
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15(1), 285. doi:10.1186/s12888-015-0678-4

- Solberg, E. (2018). *Verdien av arbeid*. Tale holdt på NHOs årskonferanse, Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/verdien-av-arbeid/id2584149/>
- Spjelkavik, Ø. (2012). Supported Employment in Norway and in the other Nordic countries. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37, 163-172. doi:10.3233/JVR-2012-0611
- Stanghellini, G., Bolton, D., & Fulford, W. K. M. (2013). Person-Centered Psychopathology of Schizophrenia: Building on Karl Jaspers' Understanding of Patient's Attitude Toward His Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 287-294. doi:10.1093/schbul/sbs154
- Stanghellini, G., & Lysaker, P. H. (2007). The Psychotherapy of Schizophrenia through the Lens of Phenomenology: Intersubjectivity and the Search for the Recovery of First- and Second-Person Awareness. *American Journal of Psychotherapy*, 61(2), 163-179. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.2.163
- Stanghellini, G., & Rosfort, R. (2015). Disordered selves or persons with schizophrenia? *Current Opinion in Psychiatry*, 28(3), 256-263. doi:10.1097/YCO.0000000000000155
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 22. oktober). Arbediskraftundersøkelsen. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/aku>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271-286. doi:10.1037/0003-066x.62.4.271
- Sveinsdottir, V., Bull, H. C., Evensen, S., Reme, S. E., Knutzen, T., & Lystad, J. U. (2020). A short history of individual placement and support in Norway. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(1), 9-17. doi:10.1037/prj0000366
- Tandberg, M., Ueland, T., Sundet, K., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J. O., . . . McGlashan, T. (2011). Neurocognition and occupational functioning in patients with first-episode

- psychosis: A 2-year follow-up study. *Psychiatry Research*, 188(3), 334-342.
doi:10.1016/j.psychres.2011.04.021
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460. doi:10.1093/bjsw/bcr076
- Tondora, J., Miller, R., Slade, M., Davidson, L., & Davidson, D. L. (2014). *Partnering for Recovery in Mental Health: A Practical Guide to Person-Centered Planning*. Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Topor, A. (2004). Vad hjälper i återhämtning från svåra psykiska problem? Ett samverkansprojekt mellan brukare och professionella. *Tidskrift för psykisk helsearbete*, 1(4), 4-15. Hentet fra http://www.idunn.no/tph/2004/04/vad_hjlpel_i_aterhmtning_fran_svara_psykiska_problemm_ett_samverkansprojekt
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90-99. doi:10.1177/0020764009345062
- Topor, A., Bøe, T. D., & Larsen, I. B. (2018). Small Things, Micro-Affirmations and Helpful Professionals Everyday Recovery-Orientated Practices According to Persons with Mental Health Problems. *Community Mental Health Journal*, 54(8), 1212-1220. doi:10.1007/s10597-018-0245-9
- Topor, A., & Ljungqvist, I. (2017). Money, Social Relationships and the Sense of Self: The Consequences of an Improved Financial Situation for Persons Suffering from Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 53(7), 823-831. doi:10.1007/s10597-017-0146-3

- Topor, A., von Greiff, N., & Skogens, L. (2019). Micro-affirmations and Recovery for Persons with Mental Health and Alcohol and Drug Problems: User and Professional Experience-Based Practice and Knowledge. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-12. doi:10.1007/s11469-019-00063-8
- United Nations. (1948). *The Universal declaration of human rights*. (217 [III] A). Paris: United Nations General Assembly. Hentet fra <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Veseth, M. (2014). Folk blir bedre: Hva vi kan lære av menneskers egne erfaringer med vekst og positiv utvikling ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51(1), 29-35. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2014/01/folk-blir-bedre>
- Veseth, M., & Skjølberg, Å. (2016). Lidelse kan lettes og gode liv leves: Bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. In K. Underlid, K. Dyregrov, & F. Thuen (Eds.), *Krevende livserfaringer og psykisk helse* (ss. 213-230). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Weinberg, D., Shahar, G., Noyman, G., Davidson, L., McGlashan, T. H., & Fennig, S. (2012). Role of the Self in Schizophrenia: A Multidimensional Examination of Short-Term Outcomes. *Psychiatry*, 75(3), 285-297. doi:10.1521/psyc.2012.75.3.285
- Woodside, H., Schell, L., & Allison-Hedges, J. (2006). Listening for recovery: The vocational success of people living with mental illness. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 36-43. doi:10.2182/cjot.05.0012
- World Health Organization. (1973). *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia: Results of the initial evaluation phase*. (Volume 1). Geneva: World Health Organization. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39405>

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.