

# Tidlig intervensjon og recoveryprosesser ved førsteepisode psykose

En kvalitativ utforsking av ulike perspektiver

---

Hege Hansen

Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)  
Universitetet i Bergen  
2020

UNIVERSITETET I BERGEN



**Tidlig intervensjon og recoveryprosesser  
ved førsteepisode psykose**  
En kvalitativ utforskning av ulike perspektiver

Hege Hansen



Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)  
ved Universitetet i Bergen

Disputasdato: 27.03.2020

© Copyright Hege Hansen

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverkslovens bestemmelser.

År: 2020

Tittel: Tidlig intervensjon og recoveryprosesser ved førsteepisode psykose

Navn: Hege Hansen

Trykk: Skipnes Kommunikasjon / Universitetet i Bergen

---

## Fagmiljø

Prosjektet utgår fra et samarbeid mellom Høgskulen på Vestlandet, Institutt for velferd og deltaking ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, og Helse Bergen, Psykiatrisk divisjon ved Haukeland universitetssykehus.

Jeg har vært ansatt som stipendiat ved Høgskulen på Vestlandet, Institutt for velferd og deltaking. Der har jeg vært tilknyttet forskergruppen for psykisk helse og rus. Jeg har tatt ph.d-utdanningen ved Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet, og vært tilknyttet forskerskolen for klinisk psykologi og utviklingspsykologi (CDP).

I forbindelse med den første artikkelen samarbeidet jeg med Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen, Helse Førde og TIPS ved Stavanger universitetssykehus.

Den andre artikkelen ble utarbeidet i samarbeid med Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen, Program for Recovery and Community Health ved Yale University, Helse Førde og Psykiatrisk divisjon i Helse Bergen ved Haukeland universitetssykehus.

Den tredje artikkelen er resultat av et samarbeid med Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen, Psykiatrisk divisjon og Avdeling for rusmedisin i Helse Bergen ved Haukeland universitetssykehus og Program for Recovery and Community Health ved Yale University.

---

## Takk til

Først vil jeg takke Høgskulen på Vestlandet for at de satset på meg ved å gi meg en fireårig stipendiatstilling. Takk også til Tobba Therkildsen Sudmann og Inger Helen Midtgård som oppfordret meg til å søke. Jeg er også takknemlig for deltakelsen i forskergruppen Psykisk helse og rus og for å ha gode kollegaer på Institutt for velferd og deltaking.

Mest av alt vil jeg takke mine to fantastiske veiledere, Marius Veseth og Signe Hjelen Stige, ved Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen. Jeg føler meg heldig som har fått lov til å jobbe med dere, lære av dere og bli kjent med dere. Dere fremstår begge som dypt dedikerte i forskningsarbeidet samtidig som dere har et oppriktig engasjement for folks ve og vel. Dere har hele tiden har stilt opp med hjelp og veiledning i små og store spørsmål. Samarbeidet med dere har gitt meg energi underveis i prosessen.

Jeg vil også rette en stor takk til Larry Davidson som har bidratt til forskningsprosjektet med sin omfattende kunnskap om recoveryprosesser. I tillegg er jeg svært takknemlig for at jeg fikk besøke Program for Recovery and Community Health ved Yale University. Tusen takk også til Christian Moltu ved Helse Førde for viktige bidrag i analysearbeid og skrivning av artikler. Jeg vil også rette en stor takk til Jan Olav Johannessen, Inge Joa og Sveinung Dybvig ved TIPS Stavanger for at dere stilte informasjonsmaterialet og kunnskapen deres til disposisjon.

Jeg vil også takke Rune Kroken, Erik Johnsen og Else-Marie Løberg ved Helse Bergen for samarbeidet omkring studien som gjelder lavterskeltilbudet TOPS. En ekstra takk til Else-Marie Løberg som også har bidratt i artikkelen som rapporterer fra dette prosjektet. En stor takk går også til Camilla Burgess, Åshild Huiberts, Kari Mjelde og Egil Anders Haugen i TOPS-teamet og TOPS-kontaktene for hyggelig samarbeid gjennom hele prosjektperioden og for avgjørende hjelp med å rekruttere deltakere. Sist, men ikke minst: Tusen takk til deltakerne i studien!

---

## Abstract

The purpose of this thesis is to shed light upon different perspectives on early intervention for psychosis and related recovery processes for persons who have been in contact with early intervention services. The goal is to provide new knowledge that can contribute to making mental health services more precise in meeting the needs of persons with first-episode psychosis. The thesis consists of three sub-studies that, through a pragmatic qualitative approach, attempt to contribute to this objective. The first sub-study examines different discourses conveyed through information campaigns designed to promote help-seeking behavior related to early intervention services. The second sub-study is a systematic literature review focusing on how people experience contact with such services and their subsequent recovery processes. Findings from the included studies were integrated into a meta-synthesis. The final sub-study explores the way in which young adults experience meeting an early detection team for psychosis and related mental health services in such a context.

The first sub-study is designed as a narrative discourse analysis. The study seeks to answer the following research questions: Which meaning content exists in multi-faceted information campaigns, and which roles and actors do such information campaigns build? Data material from one early intervention service was analyzed, and the findings are presented as three overarching themes: (1) knowledge is key, (2) (almost) an illness among illnesses, (3) we all have a responsibility. Three subthemes were included in the final theme: a) to respond quickly (all), b) to step in (all), c) to provide an answer (the mental health professionals), and d) to tag along (patients). The themes are discussed in relation to tensions between different discourses related to the following main questions: How to combine professional expert knowledge with collaborative practices that underline shared decision making and active roles for service-users? How to combine a focus on symptoms and illness and at the same time express the importance of the patient's resources? How can we ask people to take

---

social responsibility for help-seeking when professionals are placed in expert positions that may not be optimal for creating a dialogue with potential patients or their networks?

The second sub-study is a meta-synthesis of findings from 17 included qualitative articles. The research questions in this study are: How do people experience being in contact with an early intervention service for psychosis? And how do they engage with these services in their own processes of recovery? The goal was to establish a new and comprehensive interpretation of the findings from the various studies. The findings were analyzed through: (a) comparing summaries of the studies, and (b) synthesizing the findings from the studies. We found five overarching themes, which can be viewed as a process, and which describe the service users' experiences: (1) something is wrong, (2) do for myself, (3) it's about people, (4) a price to pay, and (5) ongoing vulnerability. These are discussed in light of relevant research literature and linked to conceptualizations of illness and recovery in a medical and a social model.

The final sub-study consists of in-depth interviews with ten young adults who had been in contact with an early detection team for psychosis and who had received treatment within mental health services. We asked the following research questions: How do young adults with first-episode psychosis experience social relationships within and outside of mental health services – as helpful or as obstacles to their early recovery processes? And how can such relationships complement each other? Through a thematic analysis we identified two themes concerning relationships with professionals: 1) being seen as a unique person with preferences, and 2) getting help when you are lost. We also identified three additional themes related to family and friends: 3) supportive family networks, 4) they cannot understand everything, and 5) different kinds of friendships. We found great variations in access to social support. The findings were discussed in light of relevant research and literature, with a particular focus on social aspects of recovery.

---

The thesis discusses findings from the three sub-studies in relation to discourses for psychosis related to illness and normality, tensions within mental health services, primarily between a medical model and a recovery model, as well as the importance of relationships viewed from a social recovery perspective.



---

## Sammendrag

Hensikten med denne avhandlingen er å belyse ulike perspektiver på tidlig intervensjon ved psykose og relaterte recoveryprosesser. Målet er å frembringe ny kunnskap som kan bidra til å gjøre helsetjenesten bedre på å møte behovene til personer med førsteepisode psykose. Avhandlingen består av tre delstudier som ved hjelp av en pragmatisk kvalitativ tilnærming forsøker å bidra til dette målet. Den første delstudien belyser ulike diskurser som ble formidlet gjennom informasjonskampanjer som var utformet for å fremme hjelpesøkende atferd knyttet til tidlige intervensjonstilbud. Den andre delstudien går gjennom forskningslitteratur som setter søkelys på folks levde erfaringer med tidlige intervensjonstilbud, og funn fra inkluderte studier ble integrert med hverandre. Den siste delstudien utforsker hvordan unge voksne opplever møtet med et lavterskel oppdagelsesteam og relaterte helsetjenester.

Den første delstudien er utformet som en narrativ diskursanalyse. Studien søker å besvare følgende forskningsspørsmål: Hvilket meningsinnhold finnes i multimålrettede informasjonskampanjer? Hvilke aktører og roller konstruerer og bygger informasjonskampanjene på? Datamateriale fra ett tidlig intervensjonstilbud ble analysert, og funnene er presentert som tre overordnede tema: (1) *(Nesten) en sykdom som andre sykdommer*, (2) *Kunnskap er nøkkelen* og (3) *Vi har alle et ansvar*. Det sistnevnte temaet består også av fire subtema: a) å respondere raskt (alle), b) å gripe inn (alle), c) å gi et svar (profesjonelle) og d) å følge (pasienter). Temaene diskuteres i relasjon til spenninger mellom diskurser og er knyttet til følgende hovedspørsmål: Hvordan kombinere profesjonell ekspertkunnskap med samarbeidende praksiser som understreker samvalg og aktive roller for brukere av tjenestene? Hvordan legge vekt på symptomer og sykdom og samtidig uttrykke betydningen av pasientens ressurser? Hvordan kan vi be folk ta sosialt ansvar for å søke hjelp når de profesjonelle plasseres i ekspertposisjoner som kanskje ikke er optimale for å oppnå dialog med potensielle pasienter eller deres nettverk?

---

Den andre delstudien er en metasyntese av funn fra 17 kvalitative artikler. Forskningsspørsmålene i denne studien er: Hvordan erfarer mennesker med førsteepisode psykose kontakten med tidlige intervensjonstilbud? Hvordan erfarer de kontakten med disse tjenestene knyttet til sine egne recoveryprosesser? Målet var å utvikle en ny og integrert tolkning av funnene fra de ulike studiene. Funnene ble analysert gjennom (a) å sammenstille oppsummeringer fra studiene, og (b) å syntetisere funnene fra de forskjellige studiene. Vi fant fem overordnede tema som kan ses som en prosess, og som beskriver brukernes erfaringer: (1) *Noe er galt*, (2) *Handle på egne vegne*, (3) *Det handler om mennesker*, (4) *En pris å betale* og (5) *Vedvarende sårbarhet*. Disse er diskutert i lys av relevant forskningslitteratur og knyttet opp mot konseptualisering av sykdom og recovery innenfor en medisinsk og en sosial modell.

Den siste delstudien består av dybdeintervju med ti unge voksne som hadde vært i kontakt med et tidlig oppdagelsesteam for psykose, og som hadde mottatt behandling i helsetjenesten. Vi stilte følgende forskningsspørsmål: Hvordan erfarer unge voksne at relasjoner innenfor og utenfor helsetjenesten kan være til hjelp eller til hinder i deres tidlige recoveryprosesser? Hvordan kan slike relasjoner komplementere hverandre? Gjennom en tematisk analyse identifiserte vi to tema knyttet til relasjoner med fagfolk: (1) *Å bli sett som en unik person med egne preferanser* og (2) *Motta hjelp når man føler seg fortapt*. Vi identifiserte også tre tema som gjelder relasjoner med familie og venner: (3) *Støttende familienettverk*, (4) *De kan ikke forstå alt*, og (5) *Ulike typer vennskap*. Deltakerne ga uttrykk for at fagfolk særlig kunne hjelpe dem når det gjaldt å sette ord på plagene sine. Familie og venner kunne gi ulike typer sosial støtte som også ble ansett som betydningsfull. Vi fant store variasjoner i tilgangen på sosial støtte. Funnene ble diskutert i lys av relevant forskning og litteratur med særlig fokus på sosiale aspekter ved recovery.

Avhandlingen diskuterer funn fra de tre delstudiene opp mot psykoserelaterte diskurser knyttet til sykdom og normalitet, spenninger i helsetjenesten – hovedsakelig

---

mellom en medisinsk modell og en recoverymodell – og betydningen av relasjoner sett i et sosialt recoveryperspektiv.

---

## Publikasjonsliste

### Artikkel 1:

Hansen, H., Stige, S.H., Moltu, C., Johannessen, J.O., Joa, I., Dybvig, S. & Veseth, M. (2019b). «We all have a responsibility»: a narrative discourse analysis of an information campaign targeting help-seeking in first episode psychosis. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 1–14. <http://doi.org/10.1186/s13033-019-0289-4>

### Artikkel 2\*:

Hansen, H., Stige, S.H., Davidson, L., Moltu, C. & Veseth, M. (2018). How do people experience early intervention services for psychosis? A meta-synthesis. *Qualitative Health Research*, 28(2), 259–272. <https://doi.org/10.1177/1049732317735080>

### Artikkel 3\*:

Hansen, H., Stige, S.H., Davidson, L., Løberg, E.M. & Veseth, M. (2019a). «Needing different things from different people» - A qualitative exploration of recovery in first episode psychosis. *Social Work in Mental Health*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/15332985.2019.1679324>

---

# Innhold

FAGMILJØ.....	2
TAKK TIL .....	3
ABSTRACT.....	4
SAMMENDRAG.....	7
PUBLIKASJONSLISTE .....	10
INNHold .....	11
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>13</b>
1.1. PSYKOSE .....	16
1.2. ULIKE FORSTÅELSER OG FORKLARINGSMODELLER .....	19
1.3. TIDLIG INTERVENSJON VED PSYKOSE.....	21
1.3.1. <i>Forsinket hjelpesøkende atferd</i> .....	21
1.3.2. <i>Rasjoalet bak tidlig intervensjon</i> .....	22
1.3.3. <i>Tidligere intervensjonstilbud</i> .....	25
1.3.4. <i>Virker tidlig intervensjon?</i> .....	27
1.3.5. <i>Informasjonskampanjer i tilknytning til tidlige intervensjonstilbud ved psykose</i> .....	29
1.4. RECOVERY .....	32
1.4.1. <i>Recovery som resultat</i> .....	33
1.4.2. <i>Recovery som personlig prosess</i> .....	34
1.4.3. <i>Recovery som sosial prosess</i> .....	39
1.4.4. <i>Hva vet vi om recovery ved førsteepisode psykose og tidlig intervensjon?</i> .....	41
1.5. HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	44
<b>2. METODOLOGI.....</b>	<b>46</b>
2.1. PRAGMATISK-KVALITATIV TILNÆRMING.....	46
2.2. REFLEKSIVITET.....	48
2.3. REFLEKSIV TEMATISK ANALYSE SOM OVERBYGGENDE TILNÆRMING TIL DATA.....	50
2.4. FORSKNINGSPROSJEKTETS DELSTUDIER.....	51
2.4.1. <i>Delstudie 1: Narrativ diskursanalyse av en informasjonskampanje for tidlig intervensjon ved psykose</i> .....	51
2.4.2. <i>Delstudie 2: Metasyntese basert på forskningslitteratur med utgangspunktet i et førstepersonperspektiv</i> .....	54

---

2.4.3. Delstudie 3: Dybdeintervju med unge voksne om deres opplevelse av møtet med et lavterskeltilbud ved psykose.....	57
2.5. ETISKE BETRAKTNINGER.....	60
<b>3. FUNN.....</b>	<b>63</b>
3.1. SAMMENDRAG AV ARTIKKEL 1: NARRATIV DISKURSANALYSE AV EN INFORMASJONSKAMPANJE.....	63
3.2. SAMMENDRAG AV ARTIKKEL 2: METASYNTHESE OM OPPLEVELSEN AV Å MØTE TIDLIGE INTERVENSJONSTILBUD.....	64
3.3. SAMMENDRAG AV ARTIKKEL 3: BETYDNINGEN AV RELASJONER INNENFOR OG UTENFOR HELSETJENESTEN.....	65
<b>4. DISKUSJON.....</b>	<b>66</b>
4.1. PSYKOSE - SYKDOM ELLER EN YTTERKANT AV NORMALITETEN?.....	66
4.2. HVORDAN IVARETA MANGFOLD OG INDIVIDUELLE BEHOV?.....	73
4.3. RECOVERY - OGSÅ EN SOSIAL PROSESS?.....	77
4.4. STUDIENS STYRKER OG BEGRENSNINGER.....	83
4.5. IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING OG PRAKSIS.....	85
<b>5. AVSLUTNING.....</b>	<b>88</b>
<b>LITTERATUR.....</b>	<b>89</b>
<b>ARTIKLER</b>	
<b>VEDLEGG</b>	

---

## Innledning

Psykoselidelser debuterer ofte tidlig i livet og innebærer store påkjenninger for dem som rammes og deres familier (Addington, Coldham, Jones, Ko & Addington, 2003; Weimand, Hedelin, Hall-Lord & Sällström, 2011). Forebygging og tidlig intervensjon har imidlertid fått økt oppmerksomhet innenfor psykisk helsearbeid de senere år. Bakgrunnen for dette er et ønske om å forebygge og begrense psykoselidelse, og da særlig psykose knyttet til schizofreni. Man har lenge regnet at livstidsforekomsten for denne lidelsen ligger på om lag 1 prosent på tvers av nasjoner og kjønn (Helsedirektoratet, 2013; Perälä et al., 2007). Forskning i nyere tid viser imidlertid at det finnes variasjoner mellom land og distrikter (Helsedirektoratet, 2013), og en del studier viser at insidensen ligger noe høyere hos menn enn hos kvinner (Saha, Chant, Welham & McGrath, 2005).

En kartlegging fra 2008 utført av Verdens helseorganisasjon viser at majoriteten av de europeiske landene hadde planer eller vedtak om tidlige intervensjonstiltak ved psykoselidelser, men bare England hadde i praksis iverksatt et nettverk av tidlige intervensjonstilbud på kartleggingstidspunktet (Verdens helseorganisasjon [WHO], 2008). Norge er et av landene som har utviklet slike tidlige intervensjonstilbud i flere deler av landet. I den nasjonale faglige retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser understrekes også betydningen av å dreie oppmerksomheten mot tidlig oppdagelse og intervensjon (Helsedirektoratet, 2013). Forskning viser at tidlig oppdagelse og behandling av psykose kan medvirke til bedre forløp og prognose (Hegelstad et al., 2012; Henry et al., 2010; J. O. Johannessen et al., 2001; Murry & Carpiello, 2018). En sentral del av strategien innebærer å benytte informasjonskampanjer og lavterskel oppdagelsesteam. Dette er virkemidler som også skal bidra til at folk kontakter hjelpeapparatet tidligere i forløpet ved at hjelpeapparatet befinner seg på de arenaer folk er (Joa et al., 2008; Johannessen et al., 2007).

---

Muligheten for bedring, eller recovery som det også omtales, og som er det begrepet jeg bruker i denne studien, har tradisjonelt blitt sett på med pessimisme når det gjelder alvorlige psykoselidelser. Forskning viser imidlertid at mange mennesker med slike lidelser kommer seg og opplever recovery (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss & Breier, 1987; Harrison et al., 2001; Lysaker & Buck, 2008; Silverstein & Bellack, 2008). Begrepet recovery brukes imidlertid på ulike måter i ulike kontekster. Det benyttes om et resultat av behandling eller en tilstand som kjennetegnes av en tilbaketrekning av symptomer (Slade, 2009). Begrepet refererer også til en prosess som betraktes som personlig og unik, hvor den det gjelder, selv har en aktiv rolle (Davidson, 2003; Slade, 2009). Samtidig avhenger recoveryprosessen av sosiale og kontekstuelle forhold i livet som for eksempel bosituasjon, nærmiljø, arbeidsmuligheter og sosial tilhørighet (Borg & Davidson, 2008). Ifølge Verdens helseorganisasjon bør helsetjenestene til mennesker med behov for langvarig hjelp legges om fra pasientorienterte til recovery- og personsentrerte tjenester (WHO, 2013), noe som innebærer en forskyvning fra en passiv til en mer aktiv pasientrolle. I den nasjonale retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013) fremheves det at behandlingen og oppfølgingen bør baseres på brukernes egne valg og prioriteringer og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet, som også er sentrale verdier når recovery forstås som prosess. Retten til å medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud er nedfelt blant annet i pasient- og brukerrettighetsloven (§ 3-1) og gjelder både på individ- og systemnivå (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Helsetjenesten fikk dessuten pålegg om å opprette medikamentfrie tilbud i samarbeid med brukerorganisasjonene fra juni 2016 som et valgfritt alternativ til antipsykotisk medisinerings (Regjeringen.no).

Forskningen knyttet til tidlige intervensjonstilbud og førsteepisode psykose peker tydelig i retning av at slike tilbud kan ha betydning for bedringsprosessene til dem som bruker dem (Murru & Carpiniello, 2018). Empirien på dette feltet tar i stor grad utgangspunkt i kvantitative mål. I denne studien har jeg til hensikt å belyse kvalitative



---

meningsaspekter ved tidlige intervensjonstilbud ved psykose, noe som hittil har vært lite undersøkt. Det har vært et poeng å utforske andre perspektiver enn dem som vanligvis blir belyst i psykosefeltet, hvor psykose og recovery i overveiende grad blir vurdert og forstått gjennom fagfolks blikk. En viktig del av forskningsprosjektet går derfor ut på å belyse forhold som kan ha betydning for recoveryprosessen til brukere av slike tilbud, sett fra deres ståsted. Samtidig ser jeg på mulige spenninger mellom den erfaringsbaserte kunnskapen til mennesker som selv har opplevd å komme seg, og fagkunnskapen til ansatte i helsetjenesten. Målet med forskningsprosjektet er å fremskaffe ny kunnskap som kan bidra til at tjenestene i større grad kan innrettes slik at de treffer brukernes behov.

Studien har et kombinert helsetjeneste- og recoveryperspektiv.

Helsetjenesteperspektivet viser til at jeg har fokus på helsetjenesten. Med helsetjeneste mener jeg i denne sammenhengen tjenester som skal fange opp og behandle folk med førsteepisode psykose. Når det gjelder behandling, vil den hovedsakelig foregå innenfor spesialisthelsetjenesten, men primærhelsetjenesten kan også bidra til å fange opp førsteepisode psykose, for eksempel via fastlege eller helsesykepleier. Nærmere bestemt har jeg sett på hvilke budskap som formidles i informasjonskampanjene, og hvilke diskurser helsetjenesten bruker til å formidle disse budskapene. Recoveryperspektivet viser til at jeg også har lagt vekt på recoveryprosesser etter førsteepisode psykose slik disse oppleves fra et førstepersonperspektiv. I den forbindelse har jeg utforsket hva den kvalitative litteraturen sier om hvilke erfaringer brukere har med tidlige intervensjonstilbud. Jeg har også undersøkt hva unge voksne (16–32 år) som hadde vært innom et lavterskel oppdagelsesteam for psykose, erfarte som viktig for sine bedringsprosesser.

Til tross for stor forskningsinnsats har man ikke funnet et sikkert svar på hva psykose er. Det finnes en rekke ulike innfallsvinkler som til sammen kan gi oss bedre forståelse av dette komplekse fenomenet. Som bakgrunnsteppes for avhandlingen gir jeg derfor en oversikt over av de mest sentrale måtene å konseptualisere psykose på i

---

en helsetjenestekontekst. Deretter beskriver jeg rasjonalet bak tidlig intervensjon ved psykose, hvordan tilbudene kan utformes, og kort om kunnskapsgrunnlaget for strategien. I tillegg beskriver og oppsummerer jeg kunnskapsbakgrunnen og -statusen for informasjonskampanjer knyttet til tidlig intervensjon ved psykose. Jeg avslutter innledningen med å gjøre rede for ulike forståelser og forskningsmessige innfallsvinkler knyttet til recoverybegrepet, fulgt av en oversikt over relevant forskning på recovery ved førsteepisode psykose, spesielt med henblikk på hvordan brukere av tidlige oppdagelses- og intervensjonstilbud selv opplever bedringsprosessene.

## 1.1 Psykose

Psykose er en sekkebetegnelse som benyttes for å beskrive forskjellige tilstander av nedsatt eller manglende evne til realitetstesting knyttet til tanker og sanseopplevelser (Helsedirektoratet, 2013; McClellan & Werry, 2001; National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2014). Psykose inngår som symptom på schizofreni og andre psykoselidelser. Det kan for eksempel tolkes inn i en kontekst av symptomene på alvorlig depresjon eller bipolar lidelse (Helsedirektoratet, 2013). Psykose kan forstås ut fra et førstepersonperspektiv, da med vekt på hvordan psykosen oppleves og forstås av dem det gjelder. Mesteparten av forskningen knyttet til psykose blir likevel sett gjennom fagfolks utenfrablikk. Psykose defineres for eksempel som en tilstand: Psykose er en «sinnstilstand med svekket virkelighetsoppfatning. Dette gir seg utslag i forstyrret persepsjon, som er den tankemessige bearbeidelsen av sanseinntrykk, eller tenkning» (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s. 57). Et annet eksempel er Kringlens (2011, s. 133) definisjon av psykose som sinnslidelse: «Psykose er et samlebegrep for en rekke alvorlige sinnslidelser med bestemte symptomer, for eksempel tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, hallusinasjoner og redusert kontakt evne». Innenfor førstnevnte definisjon kan psykose betraktes som et tegn på at psykologiske mestringsstrategier eller psykologiske forsvarsmekanismer har brutt sammen (Johannessen, Martindale & Cullberg, 2006). En psykose kan være av kortvarig

---

karakter, slik som akutte og forbigående psykoser, eller det kan være snakk om lidelser som varer over år (Helsedirektoratet, 2013). Dessuten blir psykose vanligvis sett på som noe som opptrer episodevis, hvor den enkelte episode blir forstått som en prosess som utvikles i faser (Johannessen et al., 2006). Ettersom man ved tidlig intervensjon er opptatt av å møte folk så tidlig som mulig i forløpet, før en eventuell diagnose kan fastsettes, vil man vanligvis se på psykose som en tilstand fremfor en lidelse i en slik sammenheng.

Det er ikke vanlig at unge forteller uoppfordret om sine indre opplevelser i et tidlig stadium av en psykose. Ofte vil personen det gjelder, trekke seg tilbake eller isolere seg sosialt (Tarbox & Pogue-Geile, 2008). Den berørte kan også oppleve angst, indre uro, konsentrasjonsproblemer, hukommelsesvansker, søvnvansker og endret selvopplevelse (Aarre et al., 2009). Endret selvopplevelse innebærer at personen kan oppleve sin egen identitet samt andre mennesker og omgivelsene som fremmed (Connell, Schweitzer & King, 2015; Lysaker & Lysaker, 2010). De ovennevnte fenomenene regnes ikke som sikre tegn på psykose, men kan ses som uttrykk for en forhøyet risiko. Forskning antyder likevel at slike selvforstyrrelser kan predikere overgang til psykose for personer i en tidlig risikofase (Nelson, Thompson & Yung, 2012). Man har dessuten funnet sammenheng mellom selvforstyrrelser og suicidalitet ved førsteepisode psykose, noe som trolig er mediert av depresjon (Haug et al., 2012). Dersom tilstanden utvikles til en psykose, vil symptombildet endres og funksjonsnivået svekkes. Symptomene kategoriseres da som positive eller negative avhengig av om de representerer et tillegg til eller et fravær av noe som vanligvis er til stede (Aarre et al., 2009). Positive symptomer kan være hallusinasjoner (auditive, visuelle eller taktile), vrangforestillinger, tankemessig desorganisering, hallusinatorisk tale eller atferd, uro/hyperaktivitet, storhetsideer, mistenksomhet, forfølgelsesideer og fiendtlighet (Kay, Fiszbein & Opler, 1987; Aarre et al., 2009). Negative symptomer viser for eksempel til manglende energi, affektavflating og sosial tilbaketrekning og medfører som regel sterkere funksjonssvikt enn de positive symptomene (Garety, Kupiers, Fowler, Freeman & Bebbington, 2001; Kay et al.,

---

1987). I tillegg til de positive og negative symptomene vil mange oppleve kognitive vansker i forbindelse med ulike tankeprosesser som persepsjon, tenkning, læring, problemløsning og oppmerksomhet (Garety et al., 2001). Utfordringene er vanligvis knyttet til å ta inn og bearbeide informasjon om omverdenen. Slike vansker kan gjøre det krevende å delta i skolearbeid, yrkeslivet eller generelt i relasjoner med andre mennesker (Palmer, Dawes & Heaton, 2009).

Man finner en høy grad av komorbiditet ved psykoselidelser, for eksempel angstlidelse, depressive lidelser, personlighetsforstyrrelser og rusmiddelmissbruk (Agarwal & Agarwal, 2013; Fenton, 2001). Komorbiditet og utviklingsforstyrrelser forekommer hyppigere hos barn og unge enn hos voksne. Separasjonsangst, oppmerksomhets- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD), opposisjonell atferdsforstyrrelse og depresjon er blant de vanlige komorbide tilstandene (Karlsen, 2012). Flere unge med psykoselidelser sliter i tillegg med selvskadning, rusbruk, tvang, språkvansker, sosiale og emosjonelle vansker med mer (Mazza, Di Michele, Pollice, Casacchia & Roncone, 2008; McClellan, Breiger, McCurry & Hlastala, 2003). Man antar også at personer med tidlig psykosedebut kan ha hatt tankeforstyrrelser, tilbaketrekning og sosiale vansker allerede fra tidlig alder (Helsedirektoratet, 2013; Karlsen, 2012).

## 1.2 Ulike forståelser og forklaringsmodeller

Diagnosesystemene som benyttes ved psykose i dag, ICD-10 (WHO, 1993) og DSM-IV/5 (APA, 2006), bygger i grove trekk på kategoriseringen av deskriptive symptomer som ble utarbeidet av psykiateren Emil Kraepelin (1856–1926). Kraepelin betraktet psykose som en hjernelidelse med kronisk nedadgående forløp som han kalte *dementia praecox* (omformulert av Eugene Bleuer i 1950 som *schizofreni*). Den kraepelinske kategoriseringen har hatt stor innflytelse på den videre konseptualiseringen av psykotiske lidelser (Read, 2013b).

---

Innenfor *det biologiske perspektivet* antar man, på samme måte som Kraepelin, at etiologien bak alvorlige psykiske lidelser er ekvivalent med etiologien bak kroppslige lidelser (Hemmings & Hemmings, 1978). Biologiske tilnærminger til psykose har stått spesielt sterkt fra 1990-årene og har fremdeles en sentral plass i USA (Read, Mosher & Bentall, 2013). Det er i hovedsak slike forståelsesmodeller man refererer til når man snakker om *den medisinske modellen* (Read & Dillon, 2013). Innenfor en medisinsk modell vektlegger man blant annet symptomer, patologi, diagnose, RCT-studier og profesjonelt ansvar. I tillegg ser man psykiske lidelser som akontekstuelle (Slade, 2009). Den biologiske forståelsesmodellen støtter seg blant annet på studier som har vist høy grad av arvelighet for schizofreni sammenlignet med andre psykiske lidelser (Gottesman, Laursen, Bertelsen & Mortensen, 2010). En annen sentral biologisk forklaring er knyttet til antakelsen om kjemisk ubalanse i hjernen (Read, 2013a). Effekten av antipsykotisk medisiner har vært brukt som støtte for sistnevnte hypotese (Warner, 2005). Nyere forskning har stilt spørsmål ved empirien og til dels logikken bak slike hypoteser (Moncrieff, 2013).

Innenfor *det psykologiske perspektivet* finner vi fire hovedretninger som kan omtales som *psykodynamiske*, *behavioristiske*, *kognitive* og *humanistiske* (Comer, 2015). Kort sagt ser *psykodynamiske* tilnærminger på psykose som en måte å beskytte den berørte personen mot vanskelige eller uutholdelige følelser på ved å endre personens virkelighetsoppfatning (Birchwood, 2003; Koehler, Silver & Karon, 2013). I tråd med Bleuers forståelse av at affektive vansker utgjorde kjernen i psykosen, ser man emosjonelle problemer som utslagsgivende for psykoseutviklingen (Birchwood, 2003). *Behavioristiske* tilnærminger ser psykose som et resultat av manglende forsterkning av atferd knyttet til sosiale signaler. Oppmerksomheten rettes da i stedet mot irrelevante signaler, og atferden til den berørte vil gradvis bli mer bisarr ved at den forsterkes av omgivelsene (Pinkham, 2014). Den behavioristiske tilnærmingen er videreført gjennom *kognitive* forståelsesmodeller, hvor man legger vekt på hvordan fortolkninger medierer erfaringer (Bentall, 2004; Morrison et al., 2013). Satt på spissen kan utviklingen av psykoselidelser ses som et resultat av en tendens til å

---

konkludere på tynt grunnlag og det at man holder fast ved disse konklusjonene med uvanlig stor overbevisning (Slade, 2009). *Humanistiske* tilnæringer ser på psykose som et resultat av manglende ubetinget positiv bekreftelse i barndommen (Comer, 2015). I stedet for å vektlegge problemer og symptomer legger man blant annet til grunn at alle mennesker har et potensial for vekst og selvaktualisering. Den enkeltes autonomi ses som en viktig forutsetning i så måte (Comer, 2015).

*Det sosiale perspektivet* har fått relativt lite oppmerksomhet innenfor psykosefeltet. Sosiale forklaringer ser psykoseutvikling som et resultat av forhold i omgivelsene eller som et resultat av interaksjon mellom individet og omgivelsene. Et eksempel på en slik tilnærming er Batesons «double bind»-hypotese som beskriver en familiekommunikasjon som er preget av at barnet eller den unge blir utsatt for motstridende budskap i kombinasjon med straff, noe som har blitt knyttet til utviklingen av psykose/schizofreni (Bateson, 1969; Broecker & Ivanovas, 2007). På samfunnsnivå har man for eksempel sett på sammenhengen mellom sosiale ulemper, etnisitet og førsteepisode psykose (Morgan et al, 2010). Forskning fra en rekke land, blant annet USA, Australia, Belgia, Danmark, Tyskland og Grønland, viser høyere rater av personer med schizofrenidiagnose blant etniske minoriteter enn blant majoritetsbefolkningen (Boydell, Os, McKenzie & Murray, 2004). En oppvekst i fattige hjem og urbane strøk synes dessuten å gi økt risiko for schizofreni (Read, 2010; van Os, 2009). Slike forklaringer ser som regel lidelsen som en konsekvens av å leve under stressende omgivelser (Read, Johnstone & Taitimu, 2013).

Den *biopsykososiale modellen* kan ses som et forsøk på å integrere de ovennevnte modellene. Denne regnes som rådende innenfor klinisk forståelse av psykose og psykoselidelser i store deler av den vestlige verden (Read & Dillon, 2013). Modellen kan ses som en reaksjon på at relasjonelle og kontekstuelle faktorer i liten grad ble inkludert i tradisjonelle biologiske forståelser. Mekanismene i modellen forstås vanligvis som diatese knyttet til sårbarhet og ytre stress. Når intern sårbarhet

---

(biologiske faktorer) interagerer med aversive ytre stressorer (psykososiale faktorer), vil psykose kunne utvikles (Slade, 2009). Årsakene til psykoseutviklingen ses dermed som et samspill mellom psykososiale stressorer og den enkelte persons sårbarhet (Zubin, Spring & Eron, 1977). Funn fra nyere forskning tyder dessuten på at genetikk, hjernebasert sårbarhet, kognisjon, miljøfaktorer som rus og traumer samt den enkeltes utviklingshistorie virker sammen og forsterkende på utviklingen av psykose (van Os, Kenis & Rutten, 2010). Slike tilnæringer vektlegger likevel bare i beskjeden grad miljøbetingelser på samfunnsnivå (Read & Dillon, 2013).

## 1.3 Tidlig intervensjon ved psykose

### 1.3.1 Forsinket hjelpesøkende atferd

Fagfolk ser det som en stor utfordring at folk vanligvis søker hjelp for sent ved førsteepisode psykose (Johannessen et al., 2005). Man antar at folk venter med å søke hjelp blant annet fordi tidlige tegn på psykose, som sosial tilbaketrekning, angst, søvnproblemer og konsentrasjons- og hukommelsesproblemer, delvis overlapper med naturlige utfordringer i ungdomsårene og med andre psykiske helseutfordringer, som angstlidelser, depressive lidelser og ruslidelser (Corcoran et al., 2007). Forsinket søk om hjelp har slik sett vært knyttet til mangelfull kunnskap om psykose og psykosesymptomer hos folk flest (Jorm, 2012). Forskningen knyttet til hjelpesøkende atferd gir imidlertid ingen entydige svar på hvorfor mennesker med førsteepisode psykose kommer sent i behandling. Enkelte studier har vist at det er unge mennesker i målgruppen for psykisk helsehjelp som i minst grad ser ut til å kontakte hjelpeapparatet (Rickwood, Deane & Wilson, 2007). En litteraturgjennomgang antydte at forsinket hjelpesøkende atferd kunne ha sammenheng med demografiske faktorer som det å leve alene, være uten arbeid eller tilhøre en etnisk minoritet. Manglende sosial støtte og sosial tilbaketrekning syntes også å påvirke den hjelpesøkende atferden negativt (Singh & Grange, 2006). Bechard-Evans et al. (2007) fant at tidlig sykdomsstart og dårlig tilpasning til tidlige psykosesymptomer, sammen med diagnoser i schizofrenispekteret, var assosiert med forsinket søk om hjelp. En

---

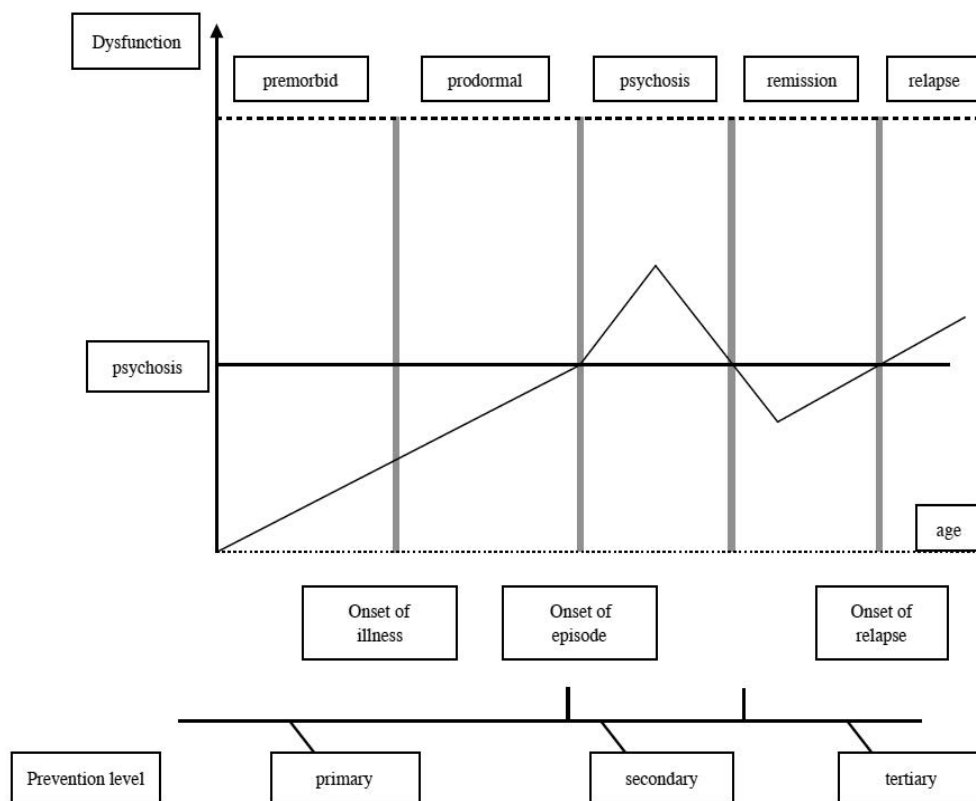
populasjonsbasert studie viste imidlertid at sannsynligheten for å søke hjelp økte når stressnivået og hjelpebehovet steg (Murphy, Shevlin, Houston & Adamson, 2012). Stigma blir også sett som en mulig barriere for å søke hjelp. Utfordringer omkring stigma knyttes både til stigma på samfunnsnivå (stereotypier, fordommer og diskriminering) og selv-stigma (internalisering av stigmatiseringen i samfunnet). Både stigma på samfunnsnivå og selv-stigma ser ut til å hemme hjelpesøkende atferd knyttet til psykiske lidelser (Corrigan, 2004; Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005). Man har dessuten funnet at brukere av tidlige intervensjonstilbud opplevde redsel for stigma knyttet til psykiske helsetjenester som en betydelig barriere for å søke hjelp (Jansen, Pedersen, Hastrup, Haahr & Simonsen, 2018; Jansen, Woldike, Haahr & Simonsen, 2015). En metasyntese som inkluderte 40 studier (kvalitative, kvantitative og «mixed-method»), indikerte at både psykosediagnosen og de psykiske helsetjenestene generelt ble assosiert med betydelig stigma, noe som i sin tur så ut til å påvirke den hjelpesøkende atferden i negativ retning (Gronholm, Thornicroft, Laurens & Evans-Lacko, 2017; Thornicroft, 2008). En kvalitativ studie fant dessuten at brukere av tidlige intervensjonstilbud ved psykose opplevde at flere faktorer påvirket den hjelpesøkende atferden deres: brukernes manglende gjenkjenning av psykosesyntomer, vansker med å gi uttrykk for erfaringene sine, bekymringer knyttet til stigma og manglende bevissthet om eller forståelse av informasjonskampanjer. I tillegg ble brukernes atferd påvirket av helsepersonells manglende ferdigheter når det gjaldt å avdekke psykose (Bay, Bjornestad, Johannessen, Larsen & Joa, 2016).

### 1.3.2 Rasjonalet bak tidlig intervensjon

Tidlig intervensjon bygger på premisset om at psykose utvikler seg i faser, og at behandlingen derfor må tilpasses fasen man står overfor. I stedet for å se på psykose som en lidelse uten håp eller effektiv behandling bygger den fasespesifikke tilnærmingen på en biopsykososial forståelse, hvor det psykotiske gjennombruddet eller sammenbruddet blir sett som et stadium i en prosess – en prosess som kan forebygges, utsettes, modifieres eller reverseres gjennom fasetilpasset behandling.



Dette er ikke en helt ny tanke, en slik forståelse har eksistert i mange tiår innenfor den angloamerikanske og den skandinaviske forskningstradisjonen knyttet til psykosefeltet. Blant annet antok Sullivan allerede i 1927 at intervensjon i et tidlig stadium kunne forhindre kronisk utvikling (Johannessen, Joa, Larsen & Langeveld, 2013). Tilsvarende bygger rasjonalet bak tidlig intervensjon ved førsteepisode psykose på antakelsen om at en kronisk psykoselidelse kan forhindres gjennom forebyggende strategier i de ulike fasene av forløpet. Se figur 1.



Figur 1. Stages of schizophrenia (etter Larsen, McGlashan & Moe, 1996)<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> Gjengitt med tillatelse fra T.K. Larsen

---

Psykose presenteres slik sett på mange måter som en sykdomsmodell. Den første fasen i figuren kalles premorbid fase og betegner perioden fra fødsel til sykdomsstart. Neste fase kalles varselfase eller prodromal fase og betegner perioden fra sykdomsstart til episodestart. Sykdomsstart vil si tidspunktet psykoselidelsen starter, mens episodestart betegner tidspunktet den spesifikke psykoseepisoden starter. Psykoselidelse kan altså bestå av flere episoder med aktiv psykose. I prodromalfasen, som tilsvare det som kalles «Ultra High Risk» (UHR) eller «At Risk Mental State» (ARMS), vil symptomene være diffuse og uspesifikke (Helsedirektoratet, 2013). Dette er ikke en fase hvor man med sikkerhet kan fastslå psykose, men hvor risikoen regnes som forhøyet. Først i den neste fasen, den aktive psykosefasen (fra episodestart til remisjon), kan man diagnostisere psykose med stor grad av sikkerhet. Den siste fasen i forløpet, remisjon, varer fra psykosesyntomene har seg trukket tilbake, og frem til et eventuelt tilbakefall (Johannessen et al., 2006).

Som figuren viser, vil forebygging kunne skje på flere nivå (primær, sekundær og tertiær) avhengig av hvilken fase av psykoseutviklingen det er snakk om. I denne sammenhengen må forebyggende tiltak ses innenfor en patologisk/epidemiologisk forståelsesramme. I en slik forståelse innebærer primærforebygging at brede og uspesifiserte tiltak settes inn før sykdommen har brutt ut. Målet med sekundærforebyggende tiltak er å forhindre at sykdom som allerede har brutt ut, forverres. Tertiærforebyggende tiltak handler om å begrense skaden som allerede har oppstått, samt å fremme rehabilitering (Larsen, 2002). Når det gjelder psykose, rettes den primærforebyggende innsatsen mot undergrupper av befolkningen, nærmere bestemt mot personer som befinner seg i prodromalfasen (McGorry, 2006). Sekundærforebyggende innsats settes inn først etter at førsteepisode psykose er konstatert. Som figuren viser, skjer dette i psykosefasen. Poenget er da å mildne symptomene og bidra til en raskere tilfriskning. Til slutt rettes tertiærforebyggende tiltak mot remisjonsfasen. Målet er å unngå tilbakefall eller nye episoder med psykose (Johannessen et al., 2006).

---

### 1.3.3 Tidlige intervensjonstilbud

Tidlig intervensjon kan defineres som «intensiv og spesialisert behandling som er rettet mot å redusere varigheten av ubehandlet psykose (VUP) og/eller redusere alvorlighetsgraden av førsteepisode psykose, samt å bedre muligheten for recovery» (min oversettelse) (Maric et al., 2017, s. 48). Når det gjelder førsteepisode psykose, dreier det seg om å sette inn innsatsen så tidlig som mulig i psykosefasen (jf. figur 1). VUP, varighet av ubehandlet psykose, betegner perioden fra episodestart til den berørte har mottatt adekvat behandling. I denne sammenhengen vil adekvat behandling først og fremst bety antipsykotisk medisinerings (Compton et al., 2007). Det er ikke uvanlig at unge mennesker med førsteepisode psykose går ubehandlet i ett til to år (Melle et al., 2004). Legger man til den tidlige fasen (prodromalfasen), vil den ubehandlede perioden ofte kunne vare i to til tre år (Häfner et al., 2003). En viktig forutsetning for å kunne intervensjonere tidlig, er derfor at psykosesymptomene oppdages i en tidlig fase av psykoseutviklingen, slik at man unngår en eventuell utvikling til mer alvorlige former for psykose (Cullberg et al., 2006).

Tilnærmingen med tidlig intervensjon ble først gjennomført i Australia tidlig i 1990-årene og har siden blitt tilpasset og implementert i en rekke lokale og noen nasjonale psykiske helsetjenester i store deler av den vestlige verden (WHO, 2013). Det er likevel store forskjeller i tilgjengeligheten til slike tjenester (McGorry, Killackey & Yung, 2008; Schultze-Lutter et al., 2015). Tidlige intervensjonstilbud er dessuten ulikt organisert både innenfor og på tvers av landegrensene, noe som også gjelder graden av utdrettet informasjonsvirksomhet (Lloyd-Evans et al., 2011). Noen tilbud er organisert som egne spesialenheter som er rettet spesielt mot personer med førsteepisode psykose. Disse tilbudene er tilpasset ungdom og unge voksne. Andre tilbyr hjelp til personer med førsteepisode psykose uavhengig av alder (innenfor aldersspennet 13–65 år). Tilbudene kan være lokalisert ved sentrale institusjoner eller ved mindre enheter i lokalsamfunnet. Andre tjenester satser på tidlig oppdagelse gjennom lavterskeltilbud som fungerer som en «snarvei» inn i de eksisterende helsetjenestene (Johannessen et al., 2013; Schultze-Lutter et al., 2015). Mange av de

---

tidlige intervensjonstilbudene tilbyr to til tre års intensiv behandling (inntil fem år i en del tjenester) og i mange tilfeller videre oppfølging og rehabilitering rettet mot skole og arbeidsliv (Cotton et al., 2017). En ny europeisk litteraturgjennomgang pekte nettopp på den store variasjonen i organisering og innhold – fra veletablerte tjenester i England, Tyskland, Danmark, Norge og deler av Sveits – til tjenester med oppgraderingspotensial, som i Spania og Irland (Maric et al., 2017). Denne studien viste at man i de ferskeste EU-landene og europeiske lavinntektsland nesten ikke fant noen slike tilbud.

Innholdet i tilnærmingen, eller strategien, har blitt oppsummert av McGorry (2006). Han peker på nødvendigheten av å etablere mobile, helst døgnåpne, lavterskel oppdagelsesteam i omgivelser tilpasset de berørte og familien. Slike team kalles lavterskel fordi de har åpningstider tilpasset målgruppen, og fordi de kan gi hjelp uten at man trenger henvising eller må betale. I tillegg bemannes teamene av personell med særskilt kompetanse på psykose (Helsedirektoratet, 2013; McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan & Jackson, 1996). Poenget er blant annet å komme på banen med hjelp slik at det første møtet med tjenestene ikke blir en traumatisk krisesituasjon, eller i verste fall en tvungen innleggelse (McGorry, 2006). I neste omgang utføres en vurdering av positive og negative symptomer, vanligvis ved å benytte en PANSS-skala (Kay et al., 1987), som er en semistrukturert skala for å vurdere alvorlighetsgraden av psykosesymptomer, samt allmenn psykopatologi. Man legger også vekt på å senke risikoen for at den berørte skader seg selv eller andre. McGorry (2006) fremhever også at komorbide tilstander til positive psykotiske symptomer som følge av rusmiddelbruk kan vanskeliggjøre vurderingen, men at det likevel ikke bør føre til at noen ekskluderes fra behandling.

Ved behov for akutt behandling er neste skritt å vurdere om det er nødvendig med innleggelse. Dersom det er mulig, anbefales en strukturert, intensiv hjemmebasert tilnærming. Det er ofte mindre belastende og betyr dermed at behovet for akutt medisinerer er mindre (Jackson & McGorry, 1999). Dersom psykosen vedvarer og

---

bekreftes, anbefales lavdose, antipsykotisk medisiner, gjerne i kombinasjon med benzodiazepiner den første tiden. I tillegg fremheves behovet for intensiv psykososial støtte både for den det gjelder, og familien (McGorry, 2006). Etter den mest akutte fasen anbefales en kombinasjon av flere behandlingsmetoder i tillegg til antipsykotiske medisiner. Det kan dreie seg om individrettede psykologiske intervensjoner, for eksempel kognitiv atferdsterapi eller psykodynamisk terapi, eller gruppebaserte tilnærminger, for eksempel familiebasert psykoedukasjon og/eller gruppeterapi/støttegrupper med andre i samme situasjon, også kalt likepersoner (Csillag et al., 2016).

#### 1.3.4 Virker tidlig intervensjon?

Ifølge McGorry (2006) oppnår opptil 85–90 prosent av pasienter med førsteepisode psykose remisjon eller delvis remisjon av positive symptomer innen tolv måneder etter oppstart av behandling (jf. avsnittet ovenfor). Studier har likevel vist at opptil 80 prosent får tilbakefall i løpet av de fem først årene etter at de har kommet seg fra førsteepisode psykose (Linszen, Dingemans & Lenior, 2001; Malla & Norman, 2002). Denne perioden omtales som den kritiske perioden (Birchwood et al., 1989).

De siste par tiårene har det vært stor interesse for å forske på mulige fordeler ved tidligere helsetjenester (McGorry, 2015), og mye av forskningsaktiviteten har handlet om å måle endringer i VUP (Johannessen et al., 2001; Larsen et al., 2001). Den omfattende forskningen på feltet har ført til at man regner det som sikkert at psykoseforløpet kan bedres ved å intervensere i et tidlig stadium av en førsteepisode psykose (Craig et al., 2004; Hegelstad et al., 2012; Henry et al., 2010; Johannessen et al., 2001; Murru & Carpiniello, 2018). Flere metaanalyser har vist at personer som går lenge med ubehandlede psykosesymptomer (lang VUP), har mer alvorlige forløp og dårligere prognoser enn personer som kommer tidlig i kontakt med behandlingsapparatet (kort VUP). Det innebærer blant annet lengre responstid på antipsykotiske medisiner, en mer alvorlig grad av positive og negative symptomer samt lavere funksjonsnivå (Marshall et al., 2005; Perkins, Gu, Boteva & Lieberman,

---

2005). Forskning indikerer også at man ved å redusere VUP kan bidra til å redusere faren for selvmord (Harris, Burgess, Chant, Pirkis & McGorry, 2008; Larsen et al., 2006). Flere studier har i tillegg antydnet at man kan forebygge utvikling av psykose ved å intervensjon tidlig (Larsen et al., 2011; McGorry, Killackey & Yung, 2007). Denne forskningen legger vekt på intervensjon før psykosegjennombrudd, altså i en fase hvor symptomene ikke bare er vanskelige å oppdage, men også svært usikre med tanke på overlapping med andre psykiske lidelser eller vanlige ungdomsutfordringer (Joa, Gisselgård, Brønnick, McGlashan & Johannessen, 2015). Så langt har man ikke klart å påvise at forebyggende intervensjon i dette stadiet kan forhindre utvikling av psykose (van Der Gaag et al., 2013), noe som uansett kan være utfordrende ettersom ikke alle i denne gruppen vil konvertere til psykose.

Når det gjelder hvor mye VUP reduseres – og om det reduseres i det hele tatt – gjennom tidlig intervensjon, synes det å være store forskjeller mellom de ulike tilbudene. I den første TIPS-studien ved Stavanger universitetssykehus fant man for eksempel en gjennomsnittlig reduksjon på hele 21,5 uker (Larsen et al., 2001). En annen studie fra Birmingham i Storbritannia viste en reduksjon av VUP på bare 4,5 uker (Connor et al., 2016). I en metaanalyse fant man en viss støtte for at det kunne forekomme en reduksjon av VUP i nedslagsområder for tidlig intervensjon med spesielt lang VUP, men i de fleste tilfellene fant man ingen sammenheng mellom tidlig intervensjon og redusert VUP (Oliver et al., 2018).

Implementeringen av tidlige intervensjonstilbud har ikke funnet sted uten motforestillinger (Castle & Singh, 2015). Det har blant annet blitt stilt spørsmål ved etikken ved å foreskrive antipsykotiske medisiner i en tidlig og usikker fase av psykoseforløpet (Bentall & Morrison, 2002; Castle, 2012). Dette har ført til at den tidligere anbefalingen om medisiner i en tidlig fase har blitt fjernet fra retningslinjene til National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2014). Det har også blitt stilt spørsmål ved langtidseffektene av antipsykotisk medisiner. Flere studier indikerer at behandling med antipsykotisk medisiner kan ha god effekt på

---

kort sikt, men at langtidseffekten er usikker eller kan være negativ (Harrow & Jobe, 2007; Moncrieff, 2013; Wunderink, Nieboer, Wiersma, Syttema & Nienhuis, 2013). Det har også vært skepsis til langtidseffektene og kostnadseffektiviteten ved tidlig intervensjon (Amos, 2012; McCrone, 2012). I tillegg har det vært påpekt at resultatene av behandlingen naturlig nok fremstår som mer effektiv når man inkluderer mange pasienter med mildere symptomer (Castle, 2012; Castle & Singh, 2015). En studie viste for eksempel at fordelene ved et treårig tidlig intervensjonsprogram ikke vedvarte når pasientene i ettertid ble overført til standard behandling (Chang et al., 2017).

### 1.3.5 Informasjonskampanjer i tilknytning til tidlige intervensjonstilbud ved psykose

Informasjonskampanjer betraktes som et viktig virkemiddel for å endre den hjelpesøkende atferden til personer i tidlige psykosefaser. Målet med kampanjene er å bidra til at folk kommer raskere i kontakt med de tidlige intervensjonstilbudene og dermed redusere VUP (Johannessen, 2001). Tanken er at informasjonskampanjene skal nå dette målet ved å gi informasjon til ulike målgrupper: unge med førsteepisode psykose, unge som er i risikozonen for psykose, familie og venner, lærere, fastleger, andre helse- og sosialarbeidere og befolkningen generelt (Joa, 2010). Formålet med informasjonen er som regel å øke kunnskapen om symptomer, minske stigma knyttet til psykoser og de psykiske helsetjenestene samt å opplyse om hvor man kan henvende seg for å få hjelp. Noen kampanjer er rettet mot én eller noen få målgrupper, mens andre er multirettede, det vil si at de både er rettet mot flere målgrupper og tar i bruk flere informasjonskanaler (Lloyd-Evans et al., 2011). Vi har uansett lite kunnskap om hvordan disse informasjonskampanjene konkret fungerer når det gjelder å endre den hjelpesøkende atferden. Det finnes imidlertid en del studier som hovedsakelig ser på endringer i VUP knyttet til bruken av informasjonskampanjer og andre former for informasjonsvirksomhet.

Lloyd-Evans et al. (2011) har oppsummert litteraturen på dette området og funnet elleve studier som evaluerer åtte tidlige intervensjonsprogram. Tre av disse

---

(REDIRECT i Birmingham, Storbritannia, LEOCAT i London, Storbritannia, og DETECT i Dublin, Irland) var rettet mot fastleger og hadde som mål å bevisstgjøre dem på tidlige tegn og symptomer på psykose gjennom bruk av videopresentasjoner, muntlige presentasjoner og informasjonsbrosjyrer. Et annet tilbud (EPPIC 1 i Melbourne, Australia) henvendte seg direkte til helsearbeidere og hjelpeorganisasjoner i lokalsamfunnet. Fire tidlige intervensjonstilbud (TIPS i Stavanger, Norge, EPPIC 2 i Melbourne, Australia, PEPP i Ontario, Canada, og EPIP i Singapore) benyttet multirettede informasjonskampanjer, det vil si kampanjer som distribuerte informasjon til flere målgrupper gjennom flere kanaler samtidig. Alle disse var rettet mot fastleger/helsepersonell og skoler/universiteter og brukte video, radio, TV og kinoreklame i varierende grad. Det mest omfattende av tilbudene, TIPS ved Stavanger universitetssykehus, sendte ut informasjon i form av brosjyremateriell til 110 000 husstander og distribuerte informasjonskampanjer til befolkningen gjennom aviser, radio, TV, kino og ulike brosjyrer. De besøkte også skoler to ganger i semesteret og underviste lærere og elever om symptomer og hvordan man kunne kontakte tjenestene. TIPS og EPPIC 2 hadde i tillegg til informasjonsvirksomheten etablert lavterskel oppdagelsesteam (Lloyd-Evans et al., 2011).

To av studiene (TIPS og EPIP) fant signifikant redusert gjennomsnittlig («mean» og «median») VUP. Ingen av studiene som så på informasjon rettet mot fastleger, viste redusert VUP. Man fant heller ikke støtte for at antall pasienter med førsteepisode psykose økte. En av studiene (LEOCAT) fant imidlertid at pasienter som hadde vært i kontakt med fastlegen, hadde lavere sannsynlighet for å ha vært i kontakt med akutt-/kriseteam på veien inn til tjenestene. I tre av studiene fant man at det var mer sannsynlig at fastleger som hadde mottatt informasjon og oppfølging, henviste pasienter til tidlige intervensjonstilbud enn kontrollområdene. I en av studiene (TIPS) fant man dessuten at pasienter fra områder med multirettede informasjonskampanjer hadde signifikant færre alvorlige symptomer enn personer fra kontrollområdet (Lloyd-Evans et al., 2011).



---

TIPS hadde den lengste perioden med multirettede kampanjer (fire år). Det var også det programmet som i størst grad reduserte VUP (fra 26 uker før intervensjon til 4,5 uker etter). En viktig forutsetning syntes å være at man samtidig opprettet lavterskel oppdagelsesteam, slik at personer som hadde behov for hjelp, kunne komme direkte i behandling der fremfor å måtte gå via fastlegen. Man fant en signifikant økning i antall henvendelser og PANSS-intervju i perioden med informasjonskampanjer (Joa, 2007). En langtidsstudie fra TIPS har dessuten sett på relasjonen mellom gjennomsnittlig VUP og informasjonskampanjer over en 18-årsperiode (Hegelstad et al., 2014). I den første perioden (1997–2000) brukte man informasjonskampanjer og oppdagelsesteam, og da ble VUP drastisk redusert. I den andre perioden (2002–2004), hadde man kun oppdagelsesteam, og da steg VUP. I den tredje perioden (2005–2006) gjeninnførte man informasjonskampanjer i tillegg til at man hadde oppdagelsesteam, og da gikk VUP svakt ned. I den fjerde perioden (2007–2008) hadde man også informasjonskampanjer og oppdagelsesteam, men i tillegg utvidet man målgruppen til å omfatte personer med rusindisert psykose. Da økte VUP betraktelig (nesten på nivå med utgangspunktet på 118 uker i 1993/94). I den femte perioden (2009–2010) beholdt man både informasjonskampanjene og oppdagelsesteamene, men gikk tilbake til den opprinnelige målgruppen. Da sank VUP til under halvparten av nivået i fjerde periode. Det ble antydnet at den kraftige økningen i fjerde periode blant annet kunne ha sammenheng med at utvidelsen av målgruppen traff en populasjon med en høyere andel personer med lang VUP (Hegelstad et al., 2014).

Forskningen som foreligger, tyder altså på sammenhenger mellom informasjonskampanjer og VUP. Slik sett indikerer også forskningen at informasjonskampanjer kan ha innflytelse på hjelpesøkende atferd, riktignok under visse forutsetninger: Kampanjene bør være multirettede og pågå med høy intensitet over tid (Lloyd-Evans et al., 2011). Det finnes også noe forskning på informasjonskampanjer som ikke ser på VUP. En kryss-seksjonell komparativ studie viste for eksempel at lærere som befant seg i et område med informasjonskampanjer, visste mer om

---

effektene av psykosebehandling enn dem som befant seg i et område uten slike kampanjer. Man fant likevel ikke signifikante forskjeller når det gjaldt kunnskap om psykisk helse («literacy») (Langeveld et al., 2011). Man har også empiri som antyder at lokale anti-stigma-prosjekter som benytter flere markedsføringsstrategier knyttet til psykose (schizofreni), kan være effektive når det gjelder å redusere stigma i befolkningen (Warner, 2008). En teoretisk og empirisk litteraturgjennomgang av anti-stigma-initiativer fant at anti-stigma-kampanjer som la vekt på likheten mellom psykiske lidelse og andre lidelser, var ineffektive når det gjaldt å redusere stigma, og at de hadde en tendens til å øke den sosiale distansen mellom oss og dem (Longdon & Read, 2017).

Vi mangler imidlertid kunnskap om de kvalitative aspektene ved slike kampanjer. Det har så langt ikke vært forsket på hvilke budskap som formidles gjennom kampanjer som er rettet mot unge eller andre som opplever førsteepisode psykose. Det har heller ikke vært forsket på hvilken type kunnskap, for eksempel ekspertkunnskap versus erfaringsbasert kunnskap, som legges til grunn, eller hvilke diskurser man beveger seg innenfor.

## 1.4 Recovery

Når det gjelder muligheten for å komme seg fra psykoselidelser (spesielt lidelser innenfor schizofrenispekteret), har det tradisjonelt rådet en stor grad av pessimisme innenfor de psykiske helsetjenestene. Forskning viser imidlertid at mennesker som opplever psykoseplager, blir bedre (Davidson, 2003; Slade, 2009). I 1970- og 1980-årene ble det etablert amerikanske forskningsmiljøer knyttet til recovery ved alvorlige psykiske lidelser (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Studier viser for eksempel at om lag 25 prosent bare har én psykoseepisode. Om lag 25 prosent har derimot et mer kronisk og langvarig forløp med flere episoder. Den siste halvparten har et forløp mellom de to ytterpunktene (Ciompi, 1980; Harding, 1994; Torgalsbøen, 2012). Longitudinelle undersøkelser som har fulgt personer over tid, helt tilbake til 1960-

---

årene, har også vist at en stor andel personer med alvorlige psykiske lidelser ikke lenger oppfylte de opprinnelige diagnosekriteriene på senere tidspunkt (WHO, 1973). Man har også gjennom flere studier funnet ulikheter i forløpet hos personer med schizofrenidiagnose. Disse viser at mellom 45 og 65 prosent kommer seg og opplever bedring (Davidson & Roe, 2007). Recovery er med andre ord sannsynlig (Slade & Longden, 2015). Recovery blir i økende grad sett på som et viktig konsept og mål innenfor psykiske helsetjenester (Borg et al., 2013; Perkins & Slade, 2012; Slade et al., 2014). Recovery er imidlertid et komplekst begrep som kan ha forskjellige betydninger, og som benyttes ulikt innenfor ulike kontekster (de Jager et al., 2016; Stige, Binder, Rosenvinge & Træen, 2013; Veseth, 2014). Jeg presenterer de tre hovedkategoriene – recovery som resultat, recovery som personlig prosess og recovery som sosial prosess – nedenfor. Denne studien har hovedvekt på recovery som personlig og sosial prosess, og jeg konsentrerer meg derfor mest om disse forståelsesmåtene i fortsettelsen.

#### 1.4.1 Recovery som resultat

I en klinisk kontekst brukes recoverybegrepet til å beskrive resultatet eller utfallet av behandlingen, noe som også omtales som klinisk recovery. Når man skal måle klinisk recovery, benytter man standardiserte måleskalaer for symptomatologi og funksjonsnivå (Slade, 2009). Innenfor et slikt perspektiv vil de profesjonelle betraktes som eksperter ettersom de besitter evidensbasert kunnskap og slik sett kan gi det mest riktige svaret på hva som skal til for å oppnå recovery. Det blir også de profesjonelles oppgave å vurdere hvorvidt personen kan karakteriseres som symptomfri. En slik forståelse har røtter i en biomedisinsk forståelse av psykose, hvor recovery handler om å komme seg eller bli frisk fra en sykdom. Davidson og Roe (2007) beskriver denne varianten som «recovery from». Det betyr at personen med psykoselidelsen returnerer til en helsetilstand som gjør at vedkommende fungerer på samme måte han eller hun gjorde før lidelsen startet (Davidson, Rowe, Tondora, O'Connell & Lawless, 2008). I denne konseptualiseringen av begrepet innebærer recovery en bevegelse i retning av normal fungering og gir i liten grad rom for individuelle variasjoner eller

---

mangfold (Stuart et al., 2016). Recovery som resultat tar slik sett utgangspunkt i et nomotetisk kunnskapssyn, en kunnskapsform som er basert på det Kant beskrev som en tendens til å generalisere, og som søker å utlede lover som forklarer fenomener objektivt (Slade, 2009). En slik kunnskapsform står sterkt innenfor den evidensbaserte medisinen og i kliniske veiledere. I empirisk forskningsøyemed vil derfor en slik tilnærming gjøre det mulig å operasjonalisere recoverybegrepet, slik at man kan forske på ulike kvantitative mål (Slade, 2009). Behovet for en slik tilnærming kan også ses i sammenheng med politiske krav om standardiserte mål og tjenester (Jacobson & Curtis, 2000). Til tross for at denne modellen bygger på idealer om objektive mål for kunnskap og recovery, mangler det konsensus omkring hvilke mål som bør inkluderes i konseptet (Stuart, Tansey & Quayle, 2017). Dette kan delvis forklares ut fra ulike syn på hvordan man bør måle og vurdere symptomer, og på hva som bør inkluderes i diagnostiske kriterier (Read & Dillon, 2013).

#### 1.4.2 Recovery som personlig prosess

Personer med førstehåndskunnskap om hva det vil si å slite med alvorlige psykiske lidelser, beskriver bedring mer som en prosess (Coleman, 2004; Deegan, 1988; Deegan, 1996; Glover, 2005). I denne betydningen viser ikke begrepet til resultatet av behandling og intervensjoner, men først og fremst til det personen selv gjør for å få det bedre. Davidson og Roe (2007) refererer til denne forståelsen som «recovery in» eller «being in recovery», noe som understreker at det dreier seg om en pågående prosess. Forståelsen har sitt utspring i erfaringsbasert kunnskap hentet fra selvbiografiske fortellinger og grasrotbevegelsers mobilisering og kamp for rettigheter (Borg et al., 2013). Litteraturen som omhandler recoveryprosesser, er i liten grad knyttet opp mot spesifikke diagnoser. Den er i hovedsak basert på voksne menneskers levde erfaringer av å komme seg fra langvarige alvorlige psykiske lidelser. Recovery som personlig prosess gir rom for individuelle variasjoner. Det finnes ikke én løsning eller én riktig vei, det handler om at den enkelte må finne sin egen vei basert på sine egne ønsker og mål. Anthony (1993, s. 15) definerte denne prosessen slik:

---

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve livet på som er tilfredsstillende, fylt av håp, hvor man er deltakende selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i sitt eget liv etter hvert som man beveger seg forbi de katastrofale følgene av psykisk lidelse (min oversettelse).

Definisjonen peker på det unike og personlige, på utviklingsmuligheter og håp for fremtiden, noe som står i kontrast til vektleggingen av objektive mål og standarder og til de negative forventningene som tradisjonelt har vært knyttet til muligheten for bedring av de alvorligste lidelsene (Davidson & Roe, 2007). Recovery som personlig prosess handler også om at den berørte personen inntar en mer aktiv rolle overfor sin egen bedringsprosess. Dette innebærer en endring av de passive pasientrollene som har blitt tildelt mennesker med psykose eller andre alvorlige psykiske lidelser i behandlingsapparatet. Det dreier seg om å ta tilbake kontrollen over eget liv, eller sagt på en annen måte, det handler om å gjenvinne funksjonen som aktør i eget liv (Veseth & Skjølberg, 2016). Dette fordrer også at personen har tilstrekkelig makt til å ta nødvendige grep i eget liv. Den det gjelder, må ha reell innflytelse og valgmuligheter (Ekeland & Heggen, 2012).

Recovery i denne betydningen innebærer ikke nødvendigvis et mål om å bli helt symptomfri. Det ble også understreket av en av pionerene innenfor recoverybevegelsen, Patricia Deegan. Hun peker på at recovery snarere handler om en utvikling av selvet – ved at man aksepterer egne begrensninger og oppdager en verden av nye muligheter (Deegan, 1988; Deegan, 1996). Å skape seg en identitet som er knyttet til personen og ikke til selve lidelsen eller diagnosen, blir sett på som sentralt (Davidson, 2003; Slade, 2009). Davidson et al. (2007) peker også på rekonstruering av selvet som et viktig aspekt ved recovery. I stedet for å se på den psykiske lidelsen som altopplukende, blir det vesentlig å se den som en begrenset del av personen (Davidson, 2019; Roe & Davidson, 2005). Å slite med psykiske plager

---

vil slik sett bare representere ett av lagene som utgjør en persons selvopplevelse eller identitet (Veseth & Skjølberg, 2016). For noen vil en viktig del av recoveryprosessen innebære å ta eierskap over sine egne opplevelser (Coleman, 2004). Dermed vil det ikke være opp til profesjonelle alene å definere hvordan man skal tenke om og forholde seg til slike utfordringer. Å finne mening med lidelsen kan være en viktig bit for å komme videre eller lære seg å leve med de psykiske utfordringene. Det handler om å skape et liv med innhold og mening på tross av utfordringene som lidelsen medfører. En spørreundersøkelse med 381 deltakere med psykoseerfaring viste for eksempel at de fleste deltakerne var enige i påstandene «recovery is the achievement of a personally acceptable quality of life» og «recovery is feeling better about yourself» (Law & Morrison, 2014). Recovery vil slik sett innebære å bygge meningsfulle sosiale roller, for eksempel gjennom arbeid, fritidsaktiviteter eller andre former for hverdagsaktiviteter (Davidson, 2003; Davidson et al., 2001; Kinn, Holgersen, Aas & Davidson, 2014; Veseth & Skjølberg, 2016). Recovery som personlig prosess kan likevel ikke ses som en strømlinjeformet prosess. Det vil ofte være snakk om en veksling mellom fremgang og tilbakeskritt (Borg & Davidson, 2008).

Selv om recovery først og fremst anses som en personlig prosess, ser man samtidig på mennesker som relasjonelle vesener innenfor denne tilnærmingen (Veseth, Moltu et al., 2019; Veseth & Skjølberg, 2016). Mennesker med psykoselidelser har imidlertid lenge blitt oppfattet som tilnærmet asosiale. Negative symptomer som for eksempel sosial tilbaketrekning har blitt sett som uttrykk for at den berørte ikke ønsker kontakt med andre mennesker. Det stemmer dårlig overens med det personer med førstehåndserfaringer selv forteller. Historiene deres vitner om en opplevelse av ensomhet, og at de i likhet med mennesker flest ønsker å bety noe for andre og å føle at andre mennesker bryr seg om dem. Recoverytilnærmingen kan derfor grunnleggende sett karakteriseres som et humanistisk prosjekt. Det innebærer at personer med alvorlige psykiske lidelser ikke må bli sett på som en egen kategori mennesker – det finnes ikke noe skille mellom oss og dem (Veseth & Skjølberg,

---

2016). Deegan (1996, s. 91) uttrykte det slik: «Recoverykonseptet er basert på den enkle, men likevel grunnleggende innsikten at folk som har blitt diagnostisert med en psykisk lidelse, er mennesker» (min oversettelse). Flere studier som undersøker hvordan mennesker med alvorlige psykiske lidelser blir møtt av profesjonelle i de psykiske helsetjenestene, peker nettopp på hvor viktig det er å bli møtt som hele mennesker, i motsetning til en ensidig vektlegging av symptomer og diagnose (Borg & Kristiansen, 2004; Denhov & Topor, 2012; Eldal et al., 2019; Ware, Tugenberg & Dickey, 2004). En litteraturgjennomgang viste dessuten at profesjonelle relasjoner ble oppfattet som lite hjelpsomme dersom man ble møtt på en upersonlig måte og med lite rom for forhandling verken av relasjonen eller behandlingen (Ljungberg, Denhov & Topor, 2016).

Forskning knyttet til recovery forstått som personlig prosess vektlegger i hovedsak ideografisk kunnskap. Man er opptatt av det spesifikke og det subjektive. Det handler om å få tak i det særegne ved den enkeltes levde erfaringer sett gjennom linsene til den det gjelder, noe som vanligvis innebærer bruk av kvalitative tilnærminger (Slade, 2009). Forskningslitteraturen har likevel pekt på felles trekk eller dimensjoner som sier noe om hvilket innhold som ofte går igjen i konseptualiseringer av recovery som personlig prosess. I en gjennomgang av erfaringsbasert litteratur om psykoselidelser utkrystalliserte det seg for eksempel fire gjennomgående tema: finne håp, skape identitet, finne mening i livet og ta personlig ansvar (Andresen, Oades & Caputi, 2003). Disse synes å representere personbaserte, først og fremst intrapsykiske prosesser. En annen litteraturgjennomgang og narrativ syntese (basert på 97 studier) som det ofte vises til når det gjelder personlig recovery, pekte på fem områder eller prosesser som delvis tar opp i seg at recovery ikke foregår i et vakuum, men også involverer prosesser der den berørte personen interagerer med andre mennesker: «connectedness», «hope and optimism about the future», «identity», «meaning of life» og «empowerment». Akronymet CHIME benyttes gjerne for å betegne disse prosessene (Leamy, Bird, Boutillier, Williams & Slade, 2011). Det dreier seg altså ikke om én enkelt prosess, men snarere om flere, samtidige prosesser, som til

---

sammen kan omtales som en recoveryreise. Prosessene ses på som gradvise og ikke-lineære, de er preget av prøving og feiling – og de bidrar til grunnleggende endringer i personens liv (Borg et al., 2013). CHIME-prosessen ble validert i en ny litteraturgjennomgang, som denne gangen ble utvidet fra de opprinnelig 97 studiene til 115 studier (Slade et al., 2012). Kritikerne av et slikt perspektiv på recovery hevder imidlertid at mangelen på standardiserte kriterier vanskeliggjør generaliserbar forskning (Lieberman & Kopelowicz, 2005). Sistnevnte litteraturgjennomgang viser også at engelskspråklige land dominerer litteraturen (95 prosent) og dermed konseptualiseringen av recovery. Hele 47 prosent av artiklene var publisert i USA og 23 prosent i Storbritannia. Dermed kan man gå glipp av ikke-vestlige kulturelle forståelser av recovery. Leamy et al. (2011) avdekket for eksempel at det ble lagt mer vekt på spiritualitet, stigma, kulturspesifikke faktorer og kollektive forståelser av identitet blant svarte og etniske minoritetsgrupper.

En litteraturgjennomgang og narrativ syntese som omfattet 45 engelskspråklige studier (41 kvalitative og 4 «mixed-method»), viste også at subjektive recoverynarrativer er mangfoldige og multidimensjonale (Llewellyn-Beardsley et al., 2019). Recoverynarrativene skilte seg dessuten fra sykdomsnarrativer ved at de ofte involverte sosiale, politiske og menneskerettighetsbaserte faktorer. De handlet blant annet om at man ønsket å tone ned individuelle recoveryfaktorer og konsentrere seg mer om systemet og tjenestene. Man fant også narrativer om recovery innenfor helsetjenestene som handlet om positive relasjoner med personalet. Flere fortalte om recovery «på tross av systemet». Slike fortellinger kom gjerne fra personer i brukerorganisasjoner som utfordret de dominerende kliniske diskursene. I tillegg fant man narrativer om recovery utenfor tjenestene, fra personer som hadde løsrevet seg fra tjenestene og behandlingen. De to sistnevnte variantene kan karakteriseres som empowerment-narrativer, som har spilt en viktig rolle i forbindelse med aktivisme og bidratt til å etablere en recoveryorientering innenfor tjenestene. En subanalyse av narrativer fortalt av personer med psykose antydte at disse skilte seg lite fra narrativer fra andre med alvorlige psykiske lidelser (Llewellyn-Beardsley et al., 2019). Ettersom



---

man ofte har antatt at en person om lider av psykose, mangler innsikt i sine egne erfaringer, kunne man kanskje forvente at disse narrative var mer kaotiske og uklare. Disse funnene utfordret imidlertid en slik oppfatning.

Ifølge en annen litteraturstudie fant man hovedsakelig to recoverydiskurser innenfor helsetjenesten (Slade & Longden, 2015). Den ene la vekt på funksjonsnedsettelse i forbindelse med psykisk lidelse, den andre på muligheten for å leve godt på tross av psykiske vansker. I tillegg fant man empirisk grunnlag for sju påstander om personlig recovery: Recovery bedømmes best av personen med levde erfaringer, mange mennesker med psykiske lidelser kommer seg, dersom en person ikke lenger møter kriteriene for psykisk lidelse, er ikke vedkommende syk, diagnoser er ikke en robust grunnmur, behandling er bare én blant mange veier til recovery, noen mennesker velger å ikke bruke psykiske helsetjenester, og innflytelsen psykiske lidelser har på en persons liv, varierer.

### 1.4.3 Recovery som sosial prosess

Recovery blir i økende grad betraktet som en sosial så vel som en personlig prosess. Det er likevel ikke klare skiller mellom disse variantene. Personer med egenerfaring uttrykker ofte at recovery blant annet handler om «innsatser for å ta kontrollen tilbake, finne mening, leve det hverdagslivet den enkelte ønsker, retten til å ha valgmuligheter og til reelt samarbeid med fagpersoner» (Borg et al., 2013, s. 12–14), noe som nødvendigvis involverer interaksjon med omgivelsene. Recovery handler derfor om mer enn enkeltpersoners indre prosesser knyttet til vekst og utvikling. Sosiale tilnærminger til recovery legger mer vekt på kontekstuelle forhold, som relasjoner til familie og venner, boligforhold, arbeid, aktiviteter, utdanning og inntekt (Topor, Borg, Di Girolamo & Davidson, 2011). Recovery som sosial prosess handler i tillegg om brukerorganisasjonenes kamp for grunnleggende menneskerettigheter i møte med hjelpeapparatet og samfunnet for øvrig (Davidson, 2006; Deegan, 1988; Deegan, 1992).

---

Den nordiske recoveryforskningen har vært opptatt av hvordan recovery foregår på ulike arenaer i hverdagslivet (Borg & Davidson, 2008). Ifølge Borg et al. (2013) vil hverdagslivet tydeliggjøre hvilke forhold som hemmer eller fremmer recovery. Glover (2005) bruker begrepet *recoverynærende omgivelser* for å vise til miljømessige betingelser som gir næring til vekst og utvikling. Mange forskningsmiljøer fremhever også at recovery ikke handler om å nå et mål eller endepunkt slik som i den kliniske versjonen av begrepet. Recovery ses heller som noe som foregår i selve livet, ikke som en atskilt og avgrenset beskjeftigelse som foregår innenfor de psykiske helsetjenestene (Borg, 2007; Davidson, 2003; Davidson, Tondora & Ridgway, 2010; Pilgrim, 2008; Ramon, Shera, Healy, Lachman & Renouf, 2009; Topor, 2001).

I en del land, for eksempel England, hvor recoveryperspektivet har hatt en sentral plass i de psykiske helsetjenestene siden tidlig på 2000-tallet, har forskningen gått fra å vektlegge individuelle forhold og nære omgivelser til å bli mer opptatt av strukturelle, samfunnsmessige forhold, som sosiale og materielle betingelser, sosial inklusjon og medborgerskap (Perkins & Slade, 2012; Tew et al., 2012). Denne typen recoveryforskning problematiserer også individfokuset i recovery forstått som personlig prosess. Ifølge Tew et al. (2012) kan man ikke be den enkelte ta kontroll over eget liv, jobbe for å bygge opp en positiv identitet eller knytte seg til sosiale miljøer eller nettverk, uten å ta hensyn til hvilke hindringer eller muligheter som finnes i omgivelsene. Slike prosesser er avhengige av sosiale strukturer som gir muligheter for inklusjon på ulike arenaer. Det vil for eksempel innebære anstendige levekår og miljøer uten stigmatisering eller diskriminering (Borg et al., 2013). I et slikt perspektiv må blikket rettes vel så mye mot barrierer for recovery i omgivelsene som mot det enkelte individ som sliter med psykisk lidelse (Davidson, 2006; Swain & French, 2000). Et annet eksempel på hvordan en sosialt orientert recoverytilnærming kan legges til grunn, finnes ved Yale Program for Community Health i USA. Her har en gruppe bestående av personer med egenerfaring og fagfolk knyttet recovery til de berørtes tilhørighet i lokalsamfunnet og muligheten til å skape en positiv identitet til

---

tross for vanskene den psykiske lidelsen medfører (Davidson et al., 2008). En litteraturstudie konkluderer for øvrig med behovet for et økologisk rammeverk, som nettopp innebærer et dynamisk forhold mellom personen med psykisk lidelse og omgivelsene (Onken, Craig, Ridgway, Ralph & Cook, 2007). Ifølge denne studien vil en viktig forutsetning for recovery være at mennesker i omgivelsene har kunnskap og muligheter til å støtte personen gjennom de ulike prosessene. Dermed blir ikke recovery et ansvar for det enkelte individ alene. Et begrep som gjerne benyttes i forbindelse med sosial recovery, er recoverykapital. Det handler om hvordan ulike ressurser kan akkumuleres og benyttes i den enkeltes recoveryprosess (Cloud & Granfield, 2008; Topor, Skogens & Von Greiff, 2018).

I en ny litteraturstudie fant man dessuten en gryende oppmerksomhet på koproduksjon og samvalg innenfor helsetjenesten, noe som kan gi mennesker med alvorlige psykiske lidelser nye og mer aktive roller (Ramon, 2018). I tillegg fant man en økende bevissthet omkring hvordan aktivt medborgerskap kan demme opp for sosial eksklusjon og fremme inkludering i ulike fellesskap. Samtidig gikk det frem av studien at fattigdom, mangel på boliger eller dårlige boliger samt ulike barrierer for arbeidsdeltakelse fortsatt bidro til sosial eksklusjon og manglende sosial recovery for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Ramon, 2018). Selv om det fortsatt er behov for omfattende forskning og begrepsutvikling når det gjelder recovery som sosial prosess, viser forskningen så langt at en slik tilnærming kan bidra til å belyse fenomener av betydning for recovery og psykisk helse som ikke fanges like godt opp på individnivå.

#### 1.4.4 Hva vet vi om recovery ved førsteepisode psykose og tidlig intervensjon?

Brorparten av empirien knyttet til recovery ved førsteepisode psykose er basert på kvantitative studier av recovery som prosess eller klinisk recovery. En systematisk litteraturgjennomgang av 37 longitudinelle studier (1966–2003) viste for eksempel at kriteriene for recovery varierte på tvers av studiene (Menezes, Arenovich & Zipursky et al., 2006). Den hyppigste inndelingen var i gode og dårlige resultater. Det ble

---

rapportert 42,2 prosent gode og 27,1 prosent dårlige recoveryresultater. Gode recoveryresultater ble sett i sammenheng med farmakologisk og psykososial terapi, manglende epidemiologisk representativitet i forhold til utvalget som helhet og opprinnelse fra et utviklingsland. En senere metaanalyse av psykosepopulasjoner fant at bare 9–21 prosent hadde oppnådd klinisk recovery to år etter førsteepisode psykose (Jääskeläinen et al., 2013). En studie som sammenlignet tidlig intervensjon med standardbehandling, viste at en stor andel av pasientene kom fordelaktig ut med tidlig intervensjon (etter behandling i 1,5 år) når det gjaldt symptomremisjon og bedring på noen aspekter av funksjonell recovery (Malla, Norman & Jooper, 2006). Flere nyere studier har også vist at tidlig intervensjon har gitt høyere grad av symptomremisjon enn standardbehandling (Dixon et al., 2015; Hegelstad et al., 2012; Kane et al., 2016). En litteraturstudie som inkluderte 79 studier basert på longitudinelle data, viste også optimistiske tall knyttet til symptomremisjon og funksjonell recovery ved tidlig intervensjon ved psykose (Lally et al., 2017). Recoveryratene så likevel ut til å stabilisere seg etter to år. Man har i mindre grad vært opptatt av sosiale mål for klinisk recovery. Flere studier har likevel antydnet at sosial støtte kan ha en beskyttende effekt når det gjelder tilbakefall og fungering etter førsteepisode psykose (Allott et al., 2011; Devylder & Gearing, 2013; Norman et al., 2005). Redusert støtte i sosiale nettverk ser på sin side ut til å være assosiert med redusert sosial fungering (Gayer-Anderson & Morgan, 2013). Studier viser også at sosiale vansker synes å starte før selve psykosedebuten, for enkelte allerede i barndommen (Macbeth & Gumley, 2008). Bjornestad et al. (2017b) fant dessuten at frekvensen av sosiale interaksjoner med venner var en signifikant prediktor for klinisk recovery over en toårsperiode etter førsteepisode psykose.

Det er i liten grad forsket på hvordan brukere av tidlige intervensjonstilbud selv opplever disse tjenestene i tilknytning til sine egne personlige og sosiale recoveryprosesser, men det finnes noen få kvalitative undersøkelser. I en kvalitativ studie fant Larsen (2007) at brukerne av et slikt tilbud opplevde støtten,

---

engasjementet og den systematiske forklaringen de fikk på psykoseforløpet, som meningsfull og retningsgivende videre i livet. En annen undersøkelse viste at også pårørende erfarte et slikt tilbud som en positiv støtte (Lavis et al., 2015). På den andre siden fant van Schalkwyk, Davidson og Srihari (2015) at unge med førsteepisode psykose opplevde at kontakten med tjenesten ble initiert av andre som reaksjon på deres endrede atferd, og at behandlingen ikke samsvarte med deres egne bekymringer, som først og fremst var knyttet til utfordringer i hverdagslivet.

Andre kvalitative studier har sett mer konkret på innholdet i bedringsprosessene i en slik kontekst. Et viktig aspekt ved recovery som personlig prosess ser ut til å innebære å bygge opp igjen eller reparere selvet, ettersom psykose er en lidelse som sterkt influerer følelsen av å være en person (Davidson, 2019; Lysaker & Lysaker, 2010). Ifølge en kvalitativ studie ble etableringen av en subjektiv opplevelse av å være aktør i eget liv («self-agency») sett på som en vesentlig del av recoveryprosessen hos personer med førsteepisode psykose (Bjornestad et al., 2017a). Flere kvalitative studier pekte dessuten på at relasjonelle og sosiale aspekter stod sentralt. En litteraturgjennomgang (Boydell, Stasiulis, Volpe & Gladstone, 2010) viste at brukere og deres familier så på sosiale prosesser knyttet til identitetsbygging, utvikling av relasjoner og deltakelse i aktiviteter som vesentlige i sammenheng med recoveryprosesser. En annen studie (Windell, Norman & Malla, 2012) pekte også på sosial støtte og meningsfulle aktiviteter, i tillegg til medisiner, som nyttige faktorer. Samtidig beskrev deltakerne i denne studien stigma, rusmiddelmissbruk og bivirkninger av medisiner som hemmende for håp og recovery. En «mixed-method»-studie (Bourdeau, Lecomte & Lysaker, 2015) viste at sosialt engasjement, narrativ utvikling og yrkesmessig deltakelse så ut til å være avgjørende i tidlige faser av recoveryprosessen.

En ny kvalitativ studie antyder dessuten at brukere av tidlige intervensjonstilbud med førsteepisode psykose, familie, behandlere og policy-utformere opplevde en

---

diskrepans mellom uttalte roller og praksis når det gjaldt muligheten for brukermedvirkning blant pasienter og familie (Megan, Gerald, Shruthi, Ashok & Srividya, 2018). En systematisk litteraturgjennomgang og metasyntese av 14 studier som undersøkte både brukernes og deres familiers erfaring med tidlige intervensjonstilbud, pekte på hvor viktig det er at brukerne har en sterk personlig relasjon med en ansatt (Loughlin, Bucci, Brooks & Berry, 2019).

## 1.5 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien har vært å fremskaffe kunnskap om hvordan folk med førsteepisode psykose opplever møtet og kontakten med tidlige intervensjonstilbud – og hva som har bidratt til å fremme eller hemme recoveryprosessene deres i en slik sammenheng. I tillegg til selve tjenestetilbudet er informasjonskampanjer en del av strategien som benyttes for at folk skal søke hjelp så tidlig som mulig. Det kan også tenkes at måten psykose og de ulike aktørenes roller formidles på, kan ha betydning for hva som oppleves som hemmende eller fremmende når det gjelder recoveryprosessen. Et delmål i studien har derfor vært å skaffe kunnskap om mulige diskurser og eventuelle roller som tildeles de ulike aktørene (fagfolk, pasienter, familie osv.) gjennom slike informasjonskampanjer.

Vi mangler kunnskap om meningsinnholdet i slike informasjonskampanjer. Videre har vi relativt lite kunnskap om enkeltpersoners levde erfaringer med tidlige intervensjonstilbud og tilhørende recoveryprosesser. For å bidra til en rikere forståelse av disse fenomenene har jeg utforsket forskjellige perspektiver og benyttet ulike metodiske grep som innfallsvinkel: (1) diskursanalyse som kombinerer et innenfra- og utenfrablikk på informasjonsmaterialet knyttet til et tidlig intervensjonstilbud ved psykose, (2) systematisk litteratursøk og metasyntese av fagfelleverderte kvalitative studier og (3) dybdeintervju med personer som har hatt kontakt med et lavterskeltilbud ved psykose. På bakgrunn av disse perspektivene ble

---

det utformet tre delstudier. Funnene presenteres i de tre vitenskapelige artiklene som er inkludert i avhandlingen.

I den første artikkelen (delstudie 1) som er rettet mot informasjonskampanjer, ble følgende forskningsspørsmål formulert:

- Hvilket meningsinnhold finnes i multimålrettede informasjonskampanjer?
- Hvilke aktører og roller konstruerer og bygger informasjonskampanjene på?

Artikkel nummer to (delstudie 2) tar utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan erfarer mennesker med førsteepisode psykose kontakten med tidlige intervensjonstilbud?
- Hvordan erfarer de kontakten med disse tjenestene knyttet til sine egne recoveryprosesser?

Til slutt, i den tredje artikkelen (delstudie 3), ble følgende forskningsspørsmål formulert:

- Hvordan erfarer unge med førsteepisode psykose at sosiale relasjoner innenfor og utenfor de psykiske helsetjenestene kan være til hjelp eller til hinder i deres tidlige recoveryprosesser?
- Hvordan kan slike relasjoner komplementere hverandre?

---

## 2. Metodologi

### 2.1 Pragmatisk-kvalitativ tilnærming

Dette forskningsprosjektet har hatt som mål å belyse problemstillinger som berører meningsinnholdet i ulike fenomener. Intensjonen har vært å sette søkelyset på andre aspekter ved tidlige intervensjonstilbud og recovery enn det som lar seg fange numerisk gjennom forskning basert på naturvitenskapelige idealer (Binder et al., 2016; Denzin & Lincoln, 2011). Jeg har hatt til hensikt å utforske ulike perspektiver for å belyse en del av mangfoldet og nyansene som befinner seg innenfor et komplekst og til dels spenningsfylt fagfelt, gjennom tre delstudier som beskrives nærmere nedenfor.

Kvalitative tilnærminger gjør det mulig å utforske denne typen spørsmål og fenomener på forskjellige måter (Denzin & Lincoln, 2011). Kunnskapsproduksjonen i dette forskningsprosjektet kan slik sett bidra med nye beskrivelser og andre måter å forstå tidlig intervensjon og tilhørende recoveryprosesser på enn det som har kommet frem i den eksisterende forskningen på området. Den er i overveiende grad basert på kvantitative tilnærminger sett fra fagfolks perspektiv. Kunnskapen som produseres i dette forskningsprosjektet, kan ses som utfyllende eller hypotesegenererende i forhold til den kvantitative kunnskapen som foreligger (Malterud, 2017). Den kvalitative tilnærmingen som er benyttet, kan også betraktes som et bidrag til en annen type innsikt fordi kunnskapen produseres på andre måter og følger andre former for logikk enn den kvantitative (Patton, 2015). Å tillegge erfaringer mening er kanskje en del av essensen i det å være menneske (Alverson & Skölberg, 2009). Kvalitativ forskning setter nettopp søkelyset på menneskers meningsgenererende prosesser, både ved å studere prosessene i seg selv og ved å legge vekt på hvilket meningsinnhold mennesker tillegger ulike fenomener – og ikke minst ved at forskningen i seg selv foregår ved at forskeren inngår i meningsgenererende prosesser for å utvikle ny kunnskap (Patton, 2015). I dette forskningsprosjektet har de meningsgenererende



---

prosessene foregått på litt ulike vis i de tre delstudiene, noe som beskrives eksplisitt for hver studie nedenfor. Hovedskillet har gått mellom delstudie 1 og de to andre delstudiene. I den førstnevnte studien foregikk meningsproduksjonen ved å se på verden som sosialt konstruert. Mening ble slik sett produsert gjennom tolkning og diskusjon av hva som kunne ses som meningsinnholdet i den sosiale verdenen (Brinkmann, 2006). I de to sistnevnte studiene foregikk meningsgenereringen som en dialektisk tilnærming mellom fenomenologiske og hermeneutisk elementer (Binder, Holgersen & Moltu, 2012).

Kvalitative tilnærminger følger ikke én klar og entydig logikk for å komme frem til meningsinnholdet i det som studeres. Det finnes heller ikke en enkeltstående overordnet epistemologisk tilnærming som rammer inn det kvalitative feltet (Denzin & Lincoln, 2011). I dette forskningsprosjektet har jeg vært opptatt av at forskningsspørsmålene skulle danne grunnlaget for hvilke metodiske tilnærminger som ble valgt, ikke omvendt. Jeg har derfor valgt en pragmatisk tilnærming til prosjektet som helhet (Denzin & Lincoln, 2011), noe som har gitt rom for metodiske fremgangsmåter hvor jeg har dratt veksler på ulike kunnskapsteoretiske perspektiver. Jeg har for eksempel sett på diskursene i informasjonskampanjene med litt andre epistemologiske briller enn dem jeg brukte da jeg utforsket kvalitativ forskningslitteratur og gjorde intervju som tok utgangspunkt i menneskers erfaringsverden.

Den kvalitative forskerrollen kan på mange måter ses som en slags brikolør, det vil si en person eller utøver som setter sammen en ny helhet av ulike deler og av forskjellige materialer med utgangspunkt ut i hva som er tilgjengelig (Denzin & Lincoln, 2011; Patton, 2015). En slik beskrivelse kan jeg, i hvert fall delvis, kjenne meg igjen i, ikke minst i den delen av metaforen som handler om å ta i bruk forskjellige materialer basert på hva man har tilgang på underveis. Rekrutteringen av deltakere til delstudie 3 gikk for eksempel så trått at jeg valgte å ta fatt på en annen delstudie i stedet. Det brakte inn en annen type datamateriale enn jeg hadde forutsett.

---

Slik sett har jeg flere ganger måttet justere veien videre etter hvordan landskapet til enhver tid så ut. Jeg hadde for eksempel planlagt å være ferdig med intervjuene lenge før jeg faktisk ble ferdig med dem, slik at jeg skulle få tid til å utforske og skrive en artikkel om deltakernes psykoseopplevelse. Dette ble det imidlertid vanskelig å gjennomføre, da intervjuene ikke var ferdig før ganske sent i stipendiatperioden. Et annet eksempel er at jeg planla å konsentrere meg om unge mellom 16 og ca. 30 år, men resultatene fra metasyntesen viste at det ble for snevert fordi mange tidlige intervensjonstilbud tilbyr tjenester også utover denne aldersgruppen. Forskningsprosjektet har med andre ord tatt delvis andre vendinger enn jeg hadde planlagt og forestilt meg. Det har gjort prosessen spennende, utviklende, frustrerende og interessant. Det vil antakelig også si nokså typisk kvalitativ.

## 2.2 Refleksivitet

Refleksivitet handler om å rette oppmerksomheten mot hva man tenker omkring måten man tenker på (Alverson & Skölberg, 2009). Det er et sentralt element innenfor kvalitativ forskning fordi forskeren bruker seg selv som instrument i kunnskapsutviklingen (Lincoln, Lynham & Guba, 2011). En refleksiv holdning innebærer derfor at man ikke bare er opptatt av kunnskapen som utvikles i et forskningsprosjekt, men også setter søkelys på det komplekse forholdet mellom kunnskapsutviklingen og ulike kontekster som inngår i en slik prosess, inkludert måten den eller de som utvikler kunnskapen, involveres i denne prosessen på (Alverson & Skölberg, 2009; Binder et al., 2016; Veseth, Binder, Borg & Davidson, 2017). På et overordnet nivå kan det dreie seg om å ha et kontinuerlig fokus på forholdet mellom kunnskapen som produseres, og måten denne utvikles på, altså på *hele prosessen* hvor igjennom det empiriske materialet konstrueres, tolkes og nedtegnes skriftlig. På et mer spesifikt nivå kan refleksivitet dreie seg om å rette oppmerksomheten mot den fundamentale betydningen av *tolkning* i kvalitativ forskning (Alverson & Skölberg, 2009; Denzin & Lincoln, 2011). Det vil da handle om å reflektere gjennom å rette blikket innover, mot forskeren som person,

---

forskningsfellesskapet, intellektuelle og kulturelle tradisjoner, språk og narrativer som inngår i forskningskonteksten (Alverson & Skölberg, 2009).

For min egen del har kombinasjonen av min sosialfaglige utdanning og manglende erfaring fra psykiske spesialisthelsetjenester utvilsomt farget kunnskapsproduksjonen gjennom hele dette forskningsprosjektet. Selv om jeg har relativt lang erfaring med å jobbe med mennesker med ulike psykiske helseplager, har det vært innenfor andre faglige kontekster og i andre roller enn som terapeut eller behandler. Jeg har for eksempel jobbet med å tilrettelegge for deltakelse i fritidstilbud og som ombudsperson med vekt på å hjelpe folk med å hevde sine rettigheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Min faglige bakgrunn vektlegger sosiale forståelsesmåter og har som mål å støtte individer, grupper eller lokalsamfunn i sosiale endringsprosesser. På mange måter avviker språket, logikken og den medisinske tradisjonen som preger psykiske helsetjenester, fra mye av det jeg har i min faglige bagasje. Dette er noe jeg har vært oppmerksom på, og som jeg tenker kan være en begrensning, men som også kan benyttes på en konstruktiv måte i kunnskapsproduksjonen. Jeg har slik sett tatt flere grep for hele tiden å være oppmerksom på hvordan kunnskapsproduksjonen har foregått, og hvordan mitt eget ståsted har bidratt til å produsere kunnskap på en viss måte (Finlay, 2002). Jeg har for eksempel skrevet refleksive notater etter hvert enkelt intervju for å bli mer bevisst på hvordan min egen rolle og atferd i intervjuene kunne ha påvirket kunnskapsproduksjonen. Jeg hadde også samtaler med veilederne mine etter hvert intervju der blant annet selvrefleksivitet var tema. Vi drøftet for eksempel hvordan min manglende kjennskap til feltet kunne gi meg utfordringer med hensyn til hvilke oppfølgingsspørsmål jeg skulle stille, men også hvordan jeg kunne bruke min egen uvitenhet til å stille naive spørsmål.

Teamarbeid har også spilt en sentral rolle for kunnskapsutviklingen generelt og tolkningsarbeidet spesielt (Veseth et al., 2017). Jeg har inngått i ulike forskningsfellesskap bestående av andre faggrupper enn min egen. Det har bidratt til

---

refleksivitet gjennom å tilføre andre blikk og perspektiver enn mitt alene.

Analysearbeidet i alle de tre delstudiene har foregått i samarbeid med erfarne forskere som har bakgrunn som psykologer eller behandlere innenfor spesialisthelsetjenesten.

Det har på mange måter kompensert for min manglende erfaring innenfor psykiske spesialisthelsetjenester og som forsker. I den andre delstudien bidro også en medarbeider som selv hadde erfart førsteepisode psykose, med sitt perspektiv i deler av analysearbeidet. I forbindelse med delstudien som handlet om informasjonskampanjer fra TIPS ved Stavanger universitetssykehus, bidro forskere som også utvikler informasjonskampanjer, blant annet med kommentarer på analysearbeidet. Særlig i sistnevnte delstudie ble det tydelig at det var uenighet blant forskerne som deltok i studien når det gjaldt syn på tolkningen av funnene, noe vi valgte å bruke som et diskursivt element i artikkelen (Wertz, 2011).

Kunnskapsutviklingen i dette forskningsprosjektet er med andre ord et resultat av ulike blikk og tolkninger. Ved å inngå i refleksive team har jeg hatt anledning til å drøfte hvordan mitt eget faglige ståsted kan ha påvirket kunnskapsproduksjonen, men også hvordan vi som team (i delstudie 2 og 3) har hatt en slagside mot å vektlegge psykososiale eller sosiale aspekter fremfor medisinske.

## 2.3 Refleksiv tematisk analyse som overbyggende tilnærming til data

På et praktisk plan har tematisk analyse slik den er utviklet og beskrevet av Braun og Clarke (2006), utgjort en grunnstamme i analyseprosessen i forskningsprosjektet. Metoden er rettet mot grunnleggende aspekter innenfor kvalitativ forskning ved å teoretisere meningsaspekter i et kvalitativt materiale. I tråd med den pragmatiske tankegangen som er lagt til grunn i dette prosjektet, er ikke den tematiske analysen bundet til et spesielt teoretisk rammesett. Den er slik sett meget fleksibel og kan kombineres med ulike epistemologiske innfallsvinkler. Ettersom det ikke følger av den metodiske tilnærmingen, blir det særlig viktig å eksplisitt beskrive hvilken epistemologi som er lagt til grunn (Wertz, 2011). Tematisk analyse legger opp til at

---

forskeren må ta aktive valg, både på et overordnet kunnskapsteoretisk nivå og ved ulike steg underveis i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006). Fremfor å følge en oppskrift vil tema bli identifisert på bakgrunn av forskerens valg underveis i prosessen (Braun, Clarke & Hayfield, 2019). I nyere litteratur om tematisk analyse betegnes metoden også som refleksiv dersom flere forskere er involvert (Braun & Clarke, 2019). Ifølge Braun og Clarke (2006) består analyseprosessen av seks steg: (1) gjøre seg kjent med materialet, (2) generere innledende koder, (3) søke etter tema, (4) gå gjennom (reviewing) temaene, (5) definere og gi navn til temaene og (6) skrive en rapport. Disse stegene beskrives mer detaljert når jeg nedenfor gjør rede for hvordan de har vært anvendt i de ulike delstudiene.

Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere meningsfulle mønstre i datamaterialet, som hovedsakelig er datadrevet (Braun & Clarke, 2006). Man kan oppnå ulike analysefokus ved å stille ulike typer spørsmål til datamaterialet. Spørsmålene kan være rettet mot en avgrenset del av datamaterialet eller mot materialet som en helhet, eventuelt kan disse kombineres. Man kan også velge mellom induktive eller deduktive tilnærminger innenfor denne metoden. Dette forskningsprosjektet har hatt en hovedsakelig datadrevet innfallsvinkel gjennom alle delprosjektene, men det har selvsagt også vært farget av faglig ståsted og det teoretiske bakteppet for studien.

## 2.4 Forskningsprosjektets delstudier

### 2.4.1 Delstudie 1: Narrativ diskursanalyse av en informasjonskampanje for tidlig intervensjon ved psykose

Formålet med den første delstudien var å utforske meningsinnholdet i informasjonskampanjene til TIPS Stavanger med tanke på hvilke budskap som ble formidlet, og hvilke roller og aktører som inngikk i disse. Forskergruppen som deltok i studien, bestod av én gruppe forskere som ikke hadde tilknytning til TIPS, og som dermed hadde en utsideposisjon til materialet, og én gruppe forskere som hadde sentrale roller i utviklingen av informasjonskampanjene, og som dermed hadde en

---

innsideposisjon til materialet. På et epistemologisk plan benyttet vi en sosialkonstruktivistisk tilnærming der vi kombinerte diskursanalytiske og narrativinspirerte perspektiver. Sosial konstruksjonisme skiller seg fra tradisjonelle metateoretiske perspektiver på psykosefeltet ved at man ikke ser diskursen om verden som en gjengivelse av virkeligheten, men snarere som en felles konstruert virkelighet (Gergen, 1985). Nærmere bestemt baserte vi oss på en diskursiv tilnærming som vektla funksjonelle og handlingsorienterte aspekter ved språket (Edwards & Potter, 1992; Wetherell, 2007). Språket konstruerer slik sett ulike versjoner av virkeligheten, både med tanke på handlinger og hendelser (Billig, 1988; Lawless, Augoustinos & Lecouteur, 2018; Wertz, 2011; Wetherell, 2007). Narrative tilnærminger legger på sin side til grunn at folk lever og forstår livene sine i form av fortellinger (Sarbin, 1986; Wertz, 2011). Man ser for seg at fortellingene er bundet sammen som et plot som utspiller seg i en kontekst. Det kan for eksempel være en samfunnsmessig, kulturell eller tidsmessig kontekst. I analysen brukte vi det diskursive elementet til å undersøke hvordan ulike budskap som var bygget inn i språket (i kombinasjon med bilder), kunne konstruere visse roller og aktører, og hvordan disse konstruksjonene kunne utløse visse handlinger. Det narrative elementet ga oss et perspektiv på hvordan forskjellige budskap eller språklige elementer kunne integreres til mer sammenhengende historier eller narrativer som ble fortalt i datamaterialet.

Datamaterialet i denne studien ble hentet fra TIPS ved hjelp av to av forskerne derfra. Materialet bestod av avisannonser, Facebook-annonser, TIPS' nettside (<http://www.tips-info.com>), plakater og hefter som var utviklet og benyttet av TIPS fra de startet i 1996 og frem til april 2018. Det aller meste av materialet var rettet mot potensielle pasienter og folk rundt dem (én av brosjyrene var rettet spesielt mot fagfolk). Materialet ble gjennomgått og sjekket mot inklusjonskriteriene. Materialet måtte være a) rettet mot tidlig oppdagelse/intervensjon ved førsteepisode psykose, b) merket med logoen til TIPS Stavanger og c) TIPS Stavangers originalmateriale. For å unngå mye inkonsistens i materialet ekskluderte vi lengre tekster, for eksempel

---

avisartikler og radio- og videoklipp. Vi ekskluderte også lenker til Facebook-sider, kurs, konferanser og informasjon som tilhørte andre institusjoner, og som var postet på TIPS' Facebook-side. Materialet ble sent til TIPS for validering. Datamaterialet bestod til slutt av 149 sider som var innhentet i tidsrommet januar til april 2018.

Analyseteamet bestod av forskerne som hadde en utsideposisjon til materialet. Som en praktisk analyseveileder benyttet vi de følgende seks stegene fra Braun og Clarke (2006):

1. For å *bli kjent* med datamaterialet leste vi det flere ganger. Vi antydte foreløpige mønstre som var relevante for forskningsspørsmålene. I tillegg diskuterte vi hvordan posisjonene våre som sosialt orienterte forskere kunne influere hva vi så etter, samt retningen på tolkningene (Binder et al., 2012; Veseth et al., 2017).
2. Hver enkelt forsker i analyseteamet noterte ned *koder* for det semantiske og/eller latente innholdet. Vi brukte en åpen og utforskende tilnærming da vi gjorde dette (Binder et al., 2012; Veseth et al., 2017) for å få tak i ulike og nyanserte budskap i datamaterialet og for å identifisere involverte aktører, for eksempel profesjonelle psykiske helsearbeidere, pasienter og familie. Vi så på tekst og assosierte bilder som en helhet og konsentrerte oss om måten de kommuniserte sammen på som en diskursiv ressurs (Wertz, 2011).
3. I et analysemøte søkte teamet som helhet etter ulike koder for *potensielle tema*. Det ble tatt både notater og lydbåndopptak under denne tolkningsprosessen. Vi benyttet også en flippover for å notere tentative tema.
4. Deretter ble de foreløpige temaene *gjennomgått* ved at vi gikk frem og tilbake mellom datamaterialet og temaene for å sikre at temaene var forankret i dataene, og for å trekke ut relevante sitater og bilder som kunne understreke innholdet i hvert tema (Binder et al., 2012).
5. Temaene ble *definert* ved at vi skrev en historie for hvert tema og vurderte hvordan den passet inn i en større historie som dataene fortalte. Deretter ble

---

temaene *raffinert* ved at vi undersøkte om det var behov for subtema i tillegg. Resultatene ble sent til TIPS for gjennomlesning og kommentarer. Dette steget ga nyttig informasjon om konteksten til studien og spilte en viktig refleksiv rolle. Det gjorde oss oppmerksom på at forskernes holdninger kunne være påvirket av om man hadde en utside- eller innsideposisjoner til materialet.

6. Jeg skrev en *rapport* i samarbeid med de andre forskerne fra analyseteamet. Rapporten skulle bidra til å sikre at temaene var tilstrekkelig forankret i data, men hensikten var også å gå utover en ren beskrivelse ved å tilby et analytisk narrativ som illustrerte analyseteamets fortolkning av historien som dataene fortalte. Analysen resulterte i tre hovedtema og fire subtema som vi så som sentrale meningsmønstre i informasjonsmaterialet.

#### 2.4.2 Delstudie 2: Metasyntese basert på forskningslitteratur med utgangspunkt i et førstepersonperspektiv

Formålet med den andre delstudien var å identifisere og undersøke den kvalitative forskningslitteraturen som vektlegger førstepersonperspektivet og ser på enkeltpersoners møte med tidlige intervensjonstilbud og hvordan dette hang sammen med recoveryprosessen deres. Metasyntese refererer til en rekke ulike metoder for å gjennomgå og integrere funn på tvers av kvalitative studier som utforsker samme type spørsmål (Britten, Garside, Pope, Frost & Cooper, 2017; Edwards & Kaimal, 2016; Noblit & Hare, 1988; Sandelowski & Barroso, 2007; Timulak, 2009). Målet med en slik syntese er å utvikle en ny og integrert tolkning som er mer omfattende enn hver enkel studie som inngår i syntesen (Finfgeld, 2003; Thorne, 2017).

Også i denne delstudien samarbeidet jeg med flere andre forskere. Vi valgte å benytte et rammeverk beskrevet av Levine og Land (2016), basert på Noblit og Hare (1988) og videreutviklet av Noblit og Hare (1988) og Sandelowski og Barroso (2007):

- a) lese studiene flere ganger, b) velge nøkkeltema fra hver studie og sammenligne dem med temaene i andre studier for å identifisere sammenhenger, c) sammenstille oppsummeringer fra de ulike studiene, og d) kommunisere resultatene av



---

metasynthesen klart. Vi brukte også elementer fra tematisk analyse, i den forstand at meningsinnholdet, eller mønstrene, ble konseptualisert som tema.

Datamaterialet ble innhentet via litteratursøk i fire elektroniske databaser. Søkene ble utført i juni og juli 2016. Søkeordene som ble benyttet, var *early or primary, intervention and detection AND psychosis or psychotic. Recovery* ble ikke benyttet som søkeord for å unngå å utelukke studier som benyttet annen terminologi. Ettersom kvalitative studier ofte mangler benevnelsen *kvalitativ* som emneord («subject headings») eller i sammendragene («abstracts»), gjorde vi et bredt søk som inkluderte både kvantitative og kvalitative studier. Søket ble heller ikke avgrenset til spesielle tidsperioder. Vi satte heller ingen aldersgrense for deltakerne i studiene. Selv om tidlige intervensjonstilbud vanligvis er rettet mot ungdom og unge voksne (ca. 13–30 år), inkluderer noen studier mennesker med førsteepisode psykose opptil 65 år. Vi inkluderte fagfellevurderte studier som a) rapporterte primærdata om erfaringene til brukere av tilbudene, b) benyttet kvalitativ metode, c) var publisert på engelsk, d) satte søkelyset på tidlige intervensjonstilbud og omhandlet førsteepisode psykose og relaterte recoveryprosesser og e) presenterte folks erfaringer fra et førstepersonperspektiv. Kvantitative studier, «mixed-method»-studier, litteraturgjennomganger eller andre studier som ikke møtte de metodologiske kriteriene, ble ekskludert. Vi gikk gjennom 89 sammendrag av kvalitative studier, og 39 av disse ble identifisert som studier som potensielt kunne inkluderes. 4 studier ble lagt til etter tilleggsøk på Google Scholar (<http://scholar.google.no>). 17 studier ble inkludert ble til slutt inkludert i studien.

Studiene ble kvalitetsvurdert i flere trinn. En foreløpig vurdering ble utført av fire av forskerne. Deretter leste én av forskerne og én forskningsassistent med levde erfaringer med psykose gjennom og vurderte de inkluderte artiklene. Sistnevnte gjorde også notater og kommenterte funnene med tanke på relevansen sett fra et førstepersonperspektiv. Artiklene ble også gjennomgått og kvalitetsvurdert av to av forskerne ved hjelp av ti kvalitetsvurderingskriterier basert på eksisterende

---

retningslinjer (Campell et al., 2003; Critical Appraisal Skills Programme, 2013; Elliot, Fisher & Rennie, 1999; Yardley, 2000).

Vi gjorde en foreløpig teambasert analyse av funnene fra de inkluderte studiene der nøkkelkonsepter i deltakernes historier og tentative tema ble identifisert (Noblit & Hare, 1988). Det store mangfoldet i materialet og bruken av ulike analysemetoder i studiene gjorde det vanskelig å få tak på innholdet på en meningsfull måte ved å bruke linje-for-linje-koding av temaene (Braun & Clarke, 2006). Jeg skrev derfor en oppsummering på ca. en halv side fra hver studie som kastet lys over deltakernes erfaringer. Forskningsspørsmålene veiledet oss med hensyn til hva som ble med tatt med, og hva som ble forkastet. Deretter hadde vi, det vil si en av forskerne, den tidligere nevnte forskningsassistenten og jeg, et kombinert analyse- og syntesemøte hvor målet var å sammenligne oppsummeringene fra studiene med hverandre og syntetisere funnene fra studiene. Dette gjorde vi ved at jeg leste oppsummeringene høyt mens forskeren kategoriserte og noterte relevante tema og konsepter fra oppsummeringene på en tavle. Notatene som forskningsassistenten hadde gjort før analysesemøtet ble sammenlignet med oppsummeringene mine etter hvert som de ble lest opp.

Den første delen handlet om å undersøke relasjoner mellom studiene. Dette involverte søk etter tilstedeværelse eller fravær av konsepter i alle oppsummeringene (Noblit & Hare, 1988). Målet med sammenstillingen var å trekke ut tema og konsepter som kom fra mer enn en av studiene. Den andre delen, syntetiseringen av funn, ble utført som en del av den samme prosessen. Gjennom hele tiden å sammenligne med den tidligere oppsummeringen, ble nye tema og konsepter lagt til på tavlen og gruppert sammen etter hvor de hørte hjemme i deltakernes reise gjennom tjenestene. Funnene ble syntetisert i klynger av tema. Hver gruppe av tema ble gitt en tittel som reflekterte den syntetiserte delen av deltakernes samlede historie. Analysen bygget på elementer fra fenomenologisk vitenskapsteori ved at målet var å beskrive essensen i deltakernes opplevelse (Van Manen, 1990). Samtidig benyttet vi hermeneutiske

---

vitenskapsteoretiske elementer ettersom utvelgingen av hva som ble sett som essensen i deltakernes fortellinger, og integreringen av utdragene fra de ulike studiene nødvendigvis innebærer tolkninger (Alverson & Skölberg, 2009). Til slutt skrev vi en utfyllende tekst, som også involverte å gå tilbake til funnene fra de originale studiene for fylle ut historiene på en måte som forsikret at de var forankret i primærdataene. I tillegg plukket vi ut relevante sitater som kunne uttrykke den nye og integrerte historien (Noblit & Hare, 1988).

Å utføre en metasyntese involverer transformasjon av mening på flere nivå. I denne syntesen representerer funnene fra studiene som ble inkludert i syntesen, rådata. Disse kan forstås som førsteordens konsepter. De representerer konstruktene til deltakerne i primærstudiene slik de presenteres gjennom forskerens tolkninger (Kinn et al., 2014; Noblit & Hare, 1988). I denne metasyntesen vil de 17 artiklene representere førsteordens konsepter. Annenordens konsepter kommer frem i neste omgang gjennom et selektivt utvalg av data (Kinn et al., 2014). De representerer fortsatt konstruktene til forfatteren i originalstudiene, men det foregår en tolkning når vi velger visse deler fremfor andre. Oppsummeringene fra primærstudiene kan derfor ses som annenordens konsepter i denne studien. Gjennom sammenstilling av studiene og konstant sammenligning mellom nøkkelkonsepter i de ulike studiene utvikles det som kan kalles tredjeordens konsepter (Kinn et al., 2014). Dette utgjør forskernes konstrukt. I denne syntesen utviklet vi tredjeordens konsepter da vi oversatte oppsummeringene til hverandre og syntetiserte felles tema og konsepter til nye grupper av tema.

### **2.4.3 Delstudie 3: Dybdeintervju med unge voksne om deres opplevelse av møtet med et lavterskeltilbud ved psykose**

Den siste delstudien involverte dybdeintervju med personer som hadde vært i kontakt med TOPS, et lavterskeltilbud ved Haukeland universitetssykehus som har som mål å oppdage psykoser tidlig. Målet var å innhente beskrivelser og tolkninger fra deltakernes livsverden. I tråd med den pragmatiske tilnærmingen i forskningsprosjektet som helhet benyttet vi en kombinasjon av epistemologiske

---

elementer. Vi brukte et fenomenologisk perspektiv for å utforske meningen i deltakernes levde erfaringer. Levde erfaringer viser til erfaringer slik de fremstår i deltakernes livsverden (Van Manen, 1990). Vi brukte samtidig hermeneutiske perspektiver fordi vi legger til grunn at deltakernes erfaringer ikke kan bli tilgjengelige uten å involvere forskernes tolkning. Tanken her er at de levde erfaringene ikke ligger i enten det ene eller andre elementet, men i dialogen mellom deltakernes egne beskrivelser og forskernes tolkninger (Binder et al., 2012). Snarere enn å se på intervjuet som en metode for innhenting av kunnskap som allerede ligger der, klar til innhøsting, har jeg sett på intervjuet som en samtale der kunnskapen produseres, eller konstrueres, gjennom dialog mellom deltakeren og forskeren (Kvale & Brinkmann, 2009).

I gjennomføringen av intervjuene brukte vi en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 1) som ga rom for fleksibilitet når det gjaldt den enkelte deltakers historie. Intervjuguiden var opprinnelig utviklet av to av forskerne som jeg samarbeidet med i dette delprosjektet. Denne guiden videreutviklet jeg basert på kommentarer fra to av de andre forskerne som deltok i prosjektet. Jeg fikk også tilbakemeldinger på intervjuguiden fra mennesker med psykiske helseutfordringer. Intervjuene la vekt på deltakernes levde erfaringer når det gjaldt a) helse- og livssituasjonen deres (inkludert opplevelsen av å utvikle psykose) før møtet med de psykiske helsetjenestene, b) hvordan de opplevde veien inn i de psykiske helsetjenestene, c) deres tidligere og nåværende kontakt med (og eventuelt veien ut av) de psykiske helsetjenestene og d) hva de opplevde som nyttig og til hinder for recoveryprosessen innenfor og utenfor de psykiske helsetjenestene. I den tredje artikkelen valgte jeg å legge vekt på funn knyttet til deler av deltakernes erfaringer, nærmere bestemt erfaringer knyttet til relasjoner innenfor og utenfor de psykiske helsetjenestene, ettersom disse fremstod som særlig rike.

Deltakerne i studien ble rekruttert i samarbeid med ledelsen og de ansatte i TOPS-teamet. Deltakere måtte a) ha hatt behandlingskontakt med TOPS, b) være i alderen

---

16–32 år på intervjutidspunktet, c) være samtykkekompetente og d) ha hatt psykotiske symptomer, definert som fire eller høyere på følgende PANSS-mål (Kay et al., 1987): P1 (vrangforestillinger), P2 (desorganisert tankeinnhold), P3 (hallusinatorisk atferd), P4 (spenningsnivå), P5 (grandiositet), P6 (mistenksomhet) og G9 (uvanlig tankeinnhold) (Kay et al., 1987). Rekrutteringen fant sted i tidsrommet februar 2016 til juli 2018. Deltakerne bestod av ti personer i alderen 19–32 år (tre menn og sju kvinner). Intervjuene ble foretatt tre til tolv måneder etter kontakten med TOPS, og deltakerne kunne selv velge om intervjuet skulle skje i deres eget hjem, på et kontor på Høgskulen på Vestlandet eller på et kontor på Haukeland universitetssykehus. Alle intervjuene ble gjennomført og transkribert ord for ord. De varte mellom 40 og 150 minutter (84 minutter i gjennomsnitt). Demografiske opplysninger ble i tillegg innhentet via et kort spørreskjema i forbindelse med hvert intervju.

Datamaterialet ble analysert ved å kombinere en tematisk og en refleksiv teambasert analysemetode (Alverson & Skölberg, 2009; Binder et al., 2012; Finlay, 2002; Veseth et al., 2017). Sistnevnte metode bidro til sikre refleksivitet gjennom alle analysestegene: Analysen foregikk som et teamarbeid der temaene ble diskutert og utviklet i fellesskap snarere enn å bero på én enkelt forskers tolkning av datamaterialet (Binder et al., 2012; Binder et al., 2016; Veseth et al., 2017). Følgende analysesteg ble benyttet (Braun & Clarke, 2006):

- 1) Alt det transkriberte materialet ble lest av tre av forskerne for å få en oversikt over datamaterialet. På et tolkningsbasert analyse møte ble det transkriberte datamaterialet videre utforsket, og vi diskuterte likheter og forskjeller i hvert enkelt transkriberte intervju og i materialet som helhet.
- 2) Jeg leste gjennom og kodet materialet ut fra det analytiske fokuset (deltakernes erfaringer knyttet til relasjoner innenfor og utenfor psykiske helsetjenester), identifiserte meningsenheter og utviklet korresponderende koder.

- 
- 3) Kodene ble deretter sortert i fire potensielt overordnede tema, hvorav det ene temaet ble videre utforsket, mens flere tema og subtema ble identifisert knyttet til dette.
  - 4) Temaene og subtemaene ble gjennomgått på a) det kodede datanivået (for å sjekke om alle utdragene utgjorde et sammenhengende mønster innenfor hvert tema) og b) på datamaterialet som et helhetlig nivå (validiteten til det enkelte temaet i relasjon til hele datasettet).
  - 5) Til slutt ble hvert tema og subtema diskutert i analyseteamet og med de andre forskerne i studien og gitt et navn som reflekterte historien som ble formidlet gjennom temaet.
  - 6) Jeg skrev til slutt en rapport i samarbeid med de andre forskerne.

## 2.5 Etske betraktninger

Forskningsprosjektet har stilt meg overfor en rekke etiske overveielser. I de to første delstudiene handlet det på ulikt vis om å benytte andres data. I den første delstudien (narrativ diskursanalyse) ble det gjort grundige overveielser med tanke på hvordan vi kunne synliggjøre hva som var tolkninger som var gjort av forskerne som så på informasjonskampanjene med et utenfrablakk (analyseteamet), og hva som var kommentarene på disse tolkningene fra forskerne med et innenfrablakk. I diskursanalyser hvor tolkning spiller en grunnleggende rolle, vil forskjeller knyttet til hvordan man leser materialet, i særlig grad kunne gjøre seg gjeldende. Det blir derfor ekstra viktig, ikke bare metodisk, men også fra et etisk perspektiv, å belyse hvem sin forståelse som til enhver tid blir presentert, og hvordan man har kommet frem til den (Patton, 2015). Det var derfor av vesentlig betydning at de som ble berørt av tolkningene, også måtte få komme med innspill (Kvale & Brinkmann, 2009). I delstudien som omhandlet TIPS' informasjonskampanjer, var flere av dem som hadde utviklet informasjonsmaterialet, også medforfattere i studien. På den måten hadde de innflytelse både på prosessen med å samle inn datamaterialet og på hvordan vi kunne få frem ulikhetene mellom tolkninger og intensjoner.

---

Den andre delstudien (metasyntese) bød også på etiske utfordringer knyttet til bruk av sekundærdata. Denne gangen var datamaterialet funn fra kvalitative studier basert på et førstepersonperspektiv. Jeg kunne dermed ikke vite om deltakerne i de inkluderte studiene hadde sett for seg at data og sitater fra studien de opprinnelig samtykket til å delta i, skulle bli brukt igjen, gjerne på andre måter og i andre sammenhenger. Det handler slik sett om å passe på at dataene brukes på måte som er respektfull overfor deltakerne i studiene, og også overfor forskerne som har bidratt til å produsere og publisere kunnskapen (wma.net). Et annet spørsmål som kom opp, var hvorvidt forskningsassistenten som selv hadde levde erfaringer med førsteepisode psykose, og som bidro med gjennomlesning og vurdering av materialet, ønsket å stå oppført som medforfatter. Hun valgte å ikke stå oppført. Etter min mening var hennes bidrag vesentlig, og hun kunne ha stått som medforfatter, jf. reglene i Vancouver-deklarasjonen om medforfatterskap (wma.net).

I den tredje delstudien gjorde vi etiske vurderinger når det gjaldt innhenting av informert samtykke, jf. reglene i Helsinkideklarasjonen (wma.net). Selv om TOPS er rettet mot folk i alderen 13 til ca. 30 år, valgte vi å sette nedre aldersgrense til 16 år fordi potensielle deltakere da ville kunne ta stilling til om de ønsket å delta uten samtykke fra foresatte. Deltakerne i studien vil også kunne falle inn under det som i Helsinkideklarasjonen betegnes som en sårbar målgruppe (wma.net). I lys av dette vurderte jeg at det trolig ville påføre potensielle deltakere minst mulig stress og ubehag om den første kontakten ble tatt via en TOPS-ansatt som de hadde snakket med før. Med tanke på at innholdet i samtalen eller intervjusituasjonen i seg selv kunne virke stressende, ble det også etablert rutiner for debriefing (wma.net). Selve intervjusituasjonen kan dessuten oppfattes som en asymmetrisk maktsituasjon, noe som kan føre til at den som blir intervjuet, svarer det personen tror at forskeren vil høre (Kvale & Brinkmann, 2009). Den åpne intervjuformen som ble benyttet, i kombinasjon med nærheten man kan få i løpet av en samtale som varer én–to timer, vil kunne fremstå som forførende i den forstand at deltakerne kan dele mer enn de hadde tenkt på forhånd. Det gir i sin tur grunn til også å gjøre etiske vurderinger når

---

man presenterer funn ved at man velger sitater som ikke setter noen av deltakerne i et dårlig lys eller fratrar noen verdigheten (Patton, 2015). Mine egne refleksjoner rundt gjennomføringen av intervju med mennesker i sårbare grupper er at man må gjøre de samme forskningsetiske vurderingene som overfor alle andre, men være ekstra bevisst på at det enkelte individ kan ha utfordringer som gjør det vanskelig å delta eller gjennomføre en såpass lang samtale. Å utelukke sårbare grupper fordi man ønsker å beskytte dem, kan også ses som en form for diskriminering.

Forskningsprosjektet er godkjent av Regionaletisk komité (REK, 2015/1218, se vedlegg 2) og Personvernombudet i Helse Bergen (se vedlegg 3).



---

## 3. Funn

### 3.1 Sammendrag av artikkel 1: Narrativ diskursanalyse av en informasjonskampanje

Funnene viser at informasjonsmaterialet var mangfoldig, og at det ble benyttet flere typer strategier som gikk på tvers av temaene vi identifiserte. Vi fant tre overordnede tema og fire subtema: (1) *Kunnskap er nøkkelen*. Kunnskap ble presentert som nøkkelen til å heve folks bevissthet og hjelpesøkende atferd i tilknytning til førsteepisode psykose. (2) *(Nesten) en sykdom blant sykdommer*. Psykose ble i hovedsak formidlet som en sykdom på linje med kroppslige sykdommer. På samme tid ble psykose presentert som noe som kunne grense mot vanlige ungdomsutfordringer. (3) *Vi har alle et ansvar*. Psykose ble formidlet som noe som angår alle, og som slik sett ikke er et ansvar for helsetjenesten alene. Dette temaet omfattet subtema rettet mot ulike aktører: a) å respondere raskt (alle), b) å gripe inn (alle), c) å gi et svar (profesjonelle) og d) å følge (pasienter). Funnene peker mot spenninger innenfor helsetjenesten og spenninger knyttet til helsetjenestens relasjon med omverdenen: Hvordan kan vi kombinere profesjonell ekspertkunnskap med samarbeidende praksiser som understreker samvalg og aktive roller for brukerne av tjenestene? Hvordan kan vi legge vekt på symptomer og sykdom og samtidig uttrykke betydningen av pasientens ressurser? Hvordan kan vi be folk ta sosialt ansvar for å søke hjelp når de profesjonelle plasseres i ekspertposisjoner som kanskje ikke er optimale for å oppnå dialog med potensielle pasienter eller nettverket deres? Vi diskuterte også hvorvidt formidling av praksiser som vektlegger ressurser og mer aktive roller for pasienter og pårørende gjennom informasjonskampanjene, kunne bidra til å fremme en hjelpesøkende atferd.

---

## 3.2 Sammendrag av artikkel 2: Metasyntese om opplevelsen av å møte tidlige intervensjonstilbud

I den systematiske litteraturgjennomgangen av internasjonal forskning på erfaringene til mennesker med førsteepisode psykose fant vi en stor grad av variasjon i de tidlige intervensjonstilbudene. De fleste tjenestene tilbød to–tre års oppfølging, alle tilbød antipsykotisk medisiner og psykoterapi, mange tilbød også familieintervensjoner, gruppeterapi og/eller likemannsgrupper og ulike aktivitetstilbud. Vi fant også betydelige likheter på tvers av studiene når det gjaldt deltakernes erfaringer. Gjennom syntesen fant vi fem brede tema som belyste disse erfaringene: (1) *Noe er galt*. Temaet handler om hvordan deltakerne opplevde en økende følelse av uro før de kom i kontakt med tjenestene. Det var vanskelig for dem å forstå hva som foregikk. (2) *Handle på egne vegne*. Etter å ha kommet i kontakt med tjenestene fremhevet deltakerne betydningen av å oppdage egne muligheter til å handle og hvordan dette bidro til å styrke selvfølelsen. (3) *Det handler om mennesker*. Å bli møtt og behandlet som likeverdige mennesker ble sett som essensielt, uavhengig av om det dreide seg om relasjoner med profesjonelle, familie, likepersoner eller venner. (4) *En pris å betale*. Selv om mange opplevde at antipsykotiske medisiner eller andre former for behandling hjalp, hadde det sin pris, for eksempel i form av bivirkninger av medisinene, selv-stigma og stigma knyttet til diagnose eller de tidlige intervensjonstilbudene. Mange av deltakerne meddelte at de hadde en følelse av å miste sine tidligere selv. (5) *Vedvarende sårbarhet*. Dette temaet handler om hvordan de fleste, til tross for at de beskrev å være i bedring, opplevde at de måtte være oppmerksom på en vedvarende sårbarhet. Temaene kan forstås som en prosess som representerer veien inn i, og kontakten med, tidlige intervensjonstilbud.

---

### 3.3 Sammendrag av artikkel 3: Betydningen av relasjoner innenfor og utenfor helsetjenesten

Vi identifiserte to tema knyttet til relasjoner med profesjonelle: (1) *Å bli sett som en unik person med egne preferanser* og (2) *Motta hjelp når man føler seg forlatt*. I tillegg fant vi tre tema som gjelder relasjoner med familie og venner: (3) *Støttende familienettverk*, (4) *De kan ikke forstå alt*, og (5) *Ulike typer vennskap*. Funnene viser at mennesker innenfor og utenfor de psykiske helsetjenestene ble sett som essensielle, på godt og vondt, og at de kunne spille komplementære roller i deltakernes recoveryprosess. Deltakerne følte seg ofte bortkomne i det uoversiktlige systemet og kunne ha trengt mer hjelp til å sette ord på plagene sine, spesielt før de kom i kontakt med TOPS. Utenfor de psykiske helsetjenestene ble familie og venner sett som avgjørende for deltakernes personlige og sosiale recoveryprosesser. Vi fant imidlertid store variasjoner i de sosiale nettverkene og dermed også i deltakernes recoverykapital.

---

## 4. Diskusjon

Funnene som er gjort i de tre delstudiene, kaster lys på en del spenninger og dilemma som synes å prege de tidlige intervensjonstjenestene ved psykose. I denne delen av avhandlingen vil jeg løfte frem og diskutere tre overordnede tema som peker mot slike spenningsfelt. Det første temaet handler om betydningen av å konseptualisere psykose som sykdom (frisk/syk) versus en ytterkant av normaliteten. Det andre temaet handler om det som ser ut som indre spenninger i helsetjenestene, det vil si spenningene mellom en tradisjonell medisinsk modell og en recoverybasert modell når det gjelder å treffe ulike menneskers ønsker og behov. Det tredje og siste temaet jeg vil trekke frem, er ulike relasjonsaspekter ved tidlige recoveryprosesser som fordrer en mer sosial tilnærming til psykose og recovery enn det som tradisjonelt har vært benyttet innenfor helsetjenesten. Til slutt diskuterer jeg metodiske styrker og svakheter og hvilke implikasjoner studien kan ha for videre forskning og klinisk arbeid.

### 4.1 Psykose – sykdom eller en ytterkant av normaliteten?

I utgangspunktet vet vi ikke helt hva psykose er. Psykoselidelser har i større grad enn andre psykiske lidelser blitt forklart med genetikk og biologiske årsaker (Aarre et al., 2009). Spesielt fra 1990-årene har man i forskningen lagt stor vekt på nevrobiologiske faktorer (Read, 2013), riktignok ikke uten innvendinger fra mer psykososialt orienterte fagfolk og forskere (Read & Dillon, 2013). Den rådende diskursen innenfor helsetjenesten må likevel kunne betegnes som en sykdomsdiskurs. Diskurs kan i denne sammenhengen forstås som «språk og handling, et meningsystem som fortolker og former et gjenstandsfelt, og peker mot visse praksiser som legitime eller illegitime» (Ekeland, 2011, s. 16).

---

### ***Psykose som del av en sykdomsdiskurs***

Sykdomsbegrepet benyttes ofte som en fellesbetegnelse for tilstander som forstyrrer kroppens funksjoner. I det engelske språket skiller man mellom «disease» og «illness». Førstnevnte refererer til sykdom som en objektiv størrelse, mens sistnevnte betegner den subjektive opplevelsen av sykdom (Hofmann, 2014; Søvik, 2001). Når det gjelder psykiske lidelser, benyttes ofte benevnelsen psykopatologi, som er en samlebetegnelse for psykiske lidelser som kan ha genetisk og miljømessig opphav, eller som kan komme som reaksjon på psykiske eller fysiske på anstrengelser (Comer, 2015). En konseptualisering av psykose som sykdom kan kobles til den medisinske modellen (Borg et al., 2013) som bygger på en logikk om at symptomer er uttrykk for underliggende biologiske/fysiologiske systemer, hvor man vil være avhengig av å finne den rette diagnosen for å kunne gi behandling som vil hjelpe. Den medisinske modellen bygger også på ideen om at psykiske lidelser kan organiseres i atskilte kategorier som tilhører det enkelte individ (Williams, 2014). En fordel med en slik måte å konseptualisere psykose på vil være at kompleksiteten reduseres på en måte som gir rom for å bygge evidensbasert kunnskap som kan implementeres i helsetjenesten (Veseth, Stige & Binder, 2019). Samtidig vil en slik metaforståelse av psykose kunne bidra til at man retter mye av oppmerksomheten mot symptomer på sykdom.

I diskursanalysen fant vi nettopp at opplisting av symptomer ble benyttet som en sentral strategi for å formidle kunnskap om psykose. Denne kunnskapen skulle hjelpe publikum med å gjenkjenne tidlige tegn på psykose (Hansen et al., 2019b). Funnene fra studien som helhet peker også i retning av at psykose i hovedsak ble omtalt innenfor en sykdomsdiskurs. Psykose som konsept så likevel ikke ut til å passe helt og holdent inn i en slik forståelsesramme. Av den grunn kalte vi et av temaene i diskursanalysen for *(Nesten) en sykdom som andre sykdommer* (Hansen et al., 2019b). Psykose ble nemlig ikke utelukkende formidlet som en sykdom som ligner andre (kroppslige) sykdommer. Det ble samtidig omtalt som et sammenbrudd av psykologiske forsvarsmekanismer, noe som vitner om en psykodynamisk forståelse

---

(Comer, 2015). En slik måte å formidle psykose på kan kanskje ses i lys av spenninger mellom biomedisinske og psykologiske måter å konseptualisere og tilnærme seg psykose på innenfor helsetjenesten (Read & Dillon, 2013). Førstnevnte vil se på psykiske lidelser som primært biologisk betinget, mens sistnevnte ser psykososiale prosesser som underliggende årsaker til utviklingen av psykose (Raskin, 2019). Disse ulike tilnærmingene kan også spores tilbake til Kraepelins og Bleuers delvis ulike oppfatninger av hvordan psykose kunne forstås (Bentall, 2004). Kraepelin så på psykose som en form for demens som oppstod hos unge uavhengig av omgivelsene eller hva personen selv foretok seg. Med utgangspunkt i et biologisk sykdomsideal var Kraepelin opptatt av å klassifisere symptomer og samle dem i ulike kategorier. Bleuer, som også antok at psykose var en lidelse med biologisk opphav, fattet samtidig interesse for psykologien bak symptomene og hentet i den sammenheng inspirasjon fra Freuds fokus på det ubevisste og irrasjonelle. Bleuer så slik sett psykose som en oppløsning av assosiasjoner som bandt sammen tankestrømmen, noe som førte til at personen ikke lenger kunne resonnerer på en fornuftig måte. På den ene siden vil man i tråd med den kraepelinske arven, som er basert på et biomedisinsk perspektiv, se på psykose som en sykdom på linje med andre sykdommer. Ifølge Ekeland (2011) vil det også bety at man anlegger en objektontologi. Satt på spissen vil psykose da bli sett på som en feil som kan rettes opp ved hjelp av adekvat behandling, som i hovedsak vil si antipsykotiske medisiner. På den andre siden vil man innenfor et psykologisk perspektiv oppfatte psykose som en ytterkant av det normale, noe som i større grad vil kunne åpne for dialog med den det gjelder.

### ***Psykose som del av en normalitetsdiskurs***

Psykose kan slik sett også forstås innenfor en normalitetsdiskurs. Diskursanalysen av informasjonsmaterialet viste for eksempel at grensen mellom normalitet og psykose enkelte ganger ble fremstilt som nærmest hårfin, spesielt i ungdomsårene, fordi det kan være vanskelig å skille mellom endringer knyttet til pubertet og ungdomstid og endringer som skyldes (tidlig) psykose. Her åpnes det opp for at det ikke finnes noen

---

klar grense mellom syk og frisk. Slik sett nærmer man seg en forståelse hvor psykose ikke like tydelig ses som en sykdom i tradisjonell forstand, men kanskje mer som et ytterpunkt på et kontinuum med normale opplevelser (innenfraperspektiv) og atferd (utenfraperspektiv) på den ene enden og psykose på motsatt ende (Bentall, 2004). Da vil grensen mellom psykotisk og ikke-psykotisk være glidende, og i tillegg kulturavhengig, noe også Bleuer også åpnet opp for. Vi snakker altså om gradforskjeller snarere enn absolutte forskjeller mellom psykose og ikke-psykose (Cullberg, 2005; Grande & Jensen, 2016). En slik konseptualisering resonnerer med en psykologisk forståelse av psykose.

Normalitetsbegrepet kan imidlertid forstås på flere måter. Det kan ses som en statistisk størrelse hvor normalfordelingskurven og standardavvik definerer hva som regnes for normalt eller ikke (Grue, 2016). Normalitet kan også defineres ut fra medisinske termer. Det vil si at man er normal når man er frisk, og unormal når man er syk. Man kan også legge en normativ eller moralsk definisjon til grunn for normalitet (Grue, 2016). Det handler da om hva som på et gitt tidspunkt oppfattes som en riktig og god måte å oppføre seg på og å leve på (Solvang, 2011). Psykose kan for så vidt ses i sammenheng med alle disse definisjonene. Det er den sistnevnte jeg vil belyse her, fordi den tar opp i seg at normalitet ikke kan ses som en fast størrelse eller noe som er naturgitt, men snarere som noe som farges av kulturen og normene som er i tråd med tidsånden i samfunnet. Det er en slik forståelse av normalitet som ligger til grunn når man betrakter psykose som et ytterpunkt på et kontinuum av normalitet. Man ser da psykose som en tilstand som til tross for at den befinner seg i et grenseland, likevel ligger innenfor grensen for det som kan regnes som normal menneskelig atferd og tenkning og et normalt menneskelig følelsesregister. En slik forståelse kan kanskje sammenlignes med oppfatningen av for eksempel graviditet som en normal tilstand. Man regnes i utgangspunktet ikke som syk selv om en graviditet kan utløse helseplager som reduserer funksjonsnivået i en slik grad at man vil ha behov for hjelp fra helsetjenesten. Grue (2016) har

---

problematisert hvordan normalitet eller *det normale* ofte benyttes intuitivt i dagligtalen. Han viser også til hvordan normalitetsforståelsen har endret seg over tid, blant annet når det gjelder beskrivelsen av menneskers psykiske helse. Hva som kan forstås som normalt, kan med andre ord ikke ses som en fast størrelse eller tidløs norm. Han peker også på at en slik normativ forståelse av normalitet ofte innebærer en kategorisering og rangering av andre mennesker. På samme måte vil en konseptualisering av psykose som baseres på normative aspekter, bety at psykose ikke vil kunne ses som en fast størrelse upåvirket av kulturen og samtidens oppfatning av hva som faller innenfor eller utenfor normalitetsbegrepet.

### ***I spenningsfeltet mellom sykdom og normalitet***

Helsetjenestens måte å konseptualisere og formidle psykose på vil sannsynligvis ikke være likegyldig for mottakerne av kommunikasjonen, verken når det gjelder hjelpesøkende atferd eller hvordan de opplever kontakten med helsetjenesten og den relaterte recoveryprosessen. I samtalene jeg hadde med deltakerne i intervjustudien, var det for eksempel flere som ga uttrykk for at psykosediagnosen, spesielt schizofreni, fremstod som skremmende. En diskursanalyse av danske anti-stigma-kampanjer (Oute, Huniche, Nielsen & Petersen, 2015) viser også at folk med alvorlige psykiske lidelser i hovedsak ble fremstilt som svake og avvikende fra normalen. Én måte man har forsøkt å minske stigmaet på, er ved å formidle likheten mellom psykose og kroppslige sykdommer gjennom en sykdomsdiskurs. Denne strategien så vi også i de tidlige annonsene i diskursanalysen. Forebyggende arbeid mot føflekkreft ble for eksempel brukt som et bilde på hvordan man kunne drive forebyggende arbeid mot psykose (Hansen et al., 2019b). Ifølge Read et al. (2013) er tanken bak en slik strategi at det vil være mindre belastende å bli sett på som syk enn som en som ikke klarer å kontrollere atferden sin, oppfører seg avvikende fra det normale eller er gal. Implisitt i dette budskapet ligger også at en som er syk, ikke kan lastes for det. Forskning tyder imidlertid på at et slikt budskap bidrar til å øke snarere enn å minske stigmaet fordi folk flest synes å oppfatte biologisk baserte sykdommer



---

som farligere og mer skremmende enn psykososiale lidelser (Malla, Joober & Garcia, 2015; Read, Haslam, Sayce & Davies, 2006). Ved å formidle psykose som noe alle kan få under gitte omstendigheter, kan man bidra til at tilstanden ufarliggjøres. Slik sett kan psykose fremstå som mindre skremmende. I tillegg kan det redusere skillet mellom oss og dem fordi det signaliserer at den berørte befinner seg på samme skala for normalitet som alle andre og ikke anses å tilhøre en egen kategori (Veseth & Skjølberg, 2016). På den andre siden kan en slik normalisering av psykose også bidra til at de livsbegrensende sidene ved tilstanden ikke tas nok på alvor. Psykose regnes som en potensielt dødelig diagnose, der selvmord er overrepresentert (Nordentoft, Mortensen & Pedersen, 2011). Å normalisere og ufarliggjøre lidelsen kan komme i konflikt med tanken om å gripe inn i tilfeller der det kan handle om å redde liv eller bidra til å dempe menneskelig lidelse.

Noe av grunntanken bak tidlig intervensjon handler nettopp om å komme så tidlig på banen at man avverger utvikling av alvorlige og langvarige psykoselidelser (Bertolote & McGorry, 2005; Johannessen et al., 2006; McGorry, Yung & Phillips, 2001). Et av temaene i diskursanalysen belyste nødvendigheten av å respondere raskt (Hansen et al., 2019b). Det gjaldt ikke bare helsetjenesten, man appellerte også til folk rundt og samfunnet som helhet. Budskapet som ble formidlet, var at *alle har et ansvar*, noe som tyder på at psykose ikke bare ble sett på som et individuelt problem. Et slikt budskap kan peke mot en psykososial forståelse som kan ses innenfor en normalitetsdiskurs. Psykose blir da noe som angår oss alle. Samtidig reiser dette en rekke problematiske spørsmål, for eksempel: Skal vi alle gå rundt og lete etter psykosesyntomer hos andre? Hvem skal lete, og hvem skal bli iaktatt? Skal folk flest ses på som helsetjenestens forlengede arm?

Dette spenningsfeltet kaster også lys på epistemologiske forskjeller mellom de to hovedforståelsene innenfor den psykiske helsetjenesten. Walker (2006) peker på at helsetjenesten i liten grad har tatt opp i seg postmodernistiske strømninger der både diagnoser og sykdom/psykopatologi kan ses som sosialt konstruerte fenomener

---

snarere enn som absolutte størrelser. En sykdomskonseptualisering basert på legevitenskapelige tilnæringer danner grunnlaget for den biomedisinske konseptualiseringen og innebærer i utgangspunktet en epistemologi basert på realisme der den ytre verden eksisterer uavhengig av bevisstheten vår, og der vitenskap handler om å avdekke en objektiv sannhet (Slade, 2009). En konseptualisering der psykose ses som ytterkanten av det som betegnes som normale tanker og følelser, danner grunnlaget for psykologiske tilnæringer der man er opptatt av folks levde erfaringer, noe som innebærer en fenomenologisk epistemologi (Walker, 2006). Den sistnevnte konseptualiseringen synes å legge større vekt på den subjektive opplevelsen og å være mer opptatt av psykose som «illness» enn som «disease». Slik sett skiller den psykologiske forståelsen seg fra den mer åpenbare sykdomsdiskursen basert på biologiske/fysiologiske innfallsvinkler. Det synes likevel å være en tvetydighet i synet på psykose som en ytterkant av normaliteten med en glidende overgang mellom syk og frisk. Selv om den psykologiske tilnærmingen i større grad vektlegger den subjektive opplevelsen og åpner for dialog med dem det gjelder, befinner man seg innenfor en helsetjenestekontekst der avdekking av symptomer og diagnostisering har en sentral plass. Vokabularet som benyttes, synes derfor i praksis å være knyttet opp mot den medisinske modellen der målet strengt tatt er å finne ut hva som feiler den enkelte, slik at adekvat behandling kan gis, snarere enn å finne ut hva som er personens styrker, og hva personen selv kan gjøre. Det fremstår også som et paradoks at tidlig intervensjon, innenfor den medisinske modellen, blir sett på som primærforebyggende all den tid intervensjonen ifølge den fasespesifikke modellen rettes inn etter at sykdom har oppstått. Det ser ut til at den medisinske modellen på flere områder skiller seg fra recoverymodellen og modellens vektlegging av den enkeltes ressurser og aktive rolle i egen bedringsprosess og av muligheten for å leve et liv på siden av det som regnes som normalt.

---

## 4.2 Hvordan ivareta mangfold og individuelle behov?

Ifølge Deegan (1996) er ikke målet med recovery å bli normal. Man ønsker heller å utvide rommet for hva det vil si å være menneske (Karlsson & Borg, 2013). Man ønsker å utvide muligheten for å være seg selv uten å måtte passe inn i en A4-ramme, noe som også kan bety en utvidelse av rommet for normalitet. Recoverybevegelsen ønsker slik sett å gjøre annerledeshet legitimt (Karlsson & Borg, 2017). I stedet for at alle skal passe inn i samme mal, er målet at den enkelte skal få mulighet til å bli den unike personen man er ment å være (Davidson, 2003; Slade, 2009). Gjennom møtene med deltakerne i intervjustudien fremstod det tydelig for meg at det var snakk om ulike personer som kom fra forskjellige familiære bakgrunner, hadde ulikt utdanningsnivå, befant seg i ulike livssituasjoner og hadde forskjellige tanker om og ønsker for fremtiden. Denne studien peker også mot en rekke dilemma når det gjelder å ivareta ulike menneskers individuelle behov og preferanser innenfor et system som har flere andre hensyn å ivareta. Slike dilemma kan knyttes til spenninger mellom tankegods fra en medisinsk modell og fra en recoverybasert modell innad i tjenestene. I tillegg kan styringsmodeller som favoriserer standardiserte tjenester, gjøre det utfordrende å ivareta individuelle ønsker og behov.

Deegan (1996) viser til filosofen Martin Heideggers utsagn om at det å være menneske innebærer at man stiller spørsmål og er på leting etter svar. Recoverymodellen bygger på humanistisk tankegods (Karlsson & Borg, 2013) og vektlegger slik sett den enkeltes rett til selvbestemmelse – og dermed vedkommendes mulighet til å finne sine egne svar. Funnene fra de to delstudiene som ser på folks levde erfaringer, peker på at deltakerne ikke hadde noe ønske om å bli stilt på sidelinjen med hensyn til avgjørelser som gjaldt dem selv (Hansen, Stige, Davidson, Løberg & Veseth, 2019a; Hansen, Stige, Davidson, Moltu & Veseth, 2018). I tilknytning til en medisinsk modell blir imidlertid psykose sett på som en tilstand som fører til at den berørte personen noen ganger mangler sykdomsinnsikt (Tranulis, Lepage & Malla, 2008). Et av kriteriene ved diagnostisering av psykose går for

---

eksempel ut på å vurdere i hvilken grad den berørte anses å mangle sykdomsinnsikt. David (1990) har beskrevet sykdomsinnsikt som et multidimensjonalt konsept som kan vurderes langs tre dimensjoner: 1) bevissthet om sykdom, 2) gjenkjenning av symptomer som sykelige, og (3) anerkjennelse av behovet for medisinsk behandling av symptomer. Spørsmålet om sykdomsinnsikt står også sentralt i vurderinger av om den berørte personen antas å være i stand til å ta egne beslutninger (Ekeland & Heggen, 2012; Ekeland, 2011). Man antar ofte at en berørt person som godtar legens perspektiver, tilkjenner bevissthet om sykdom og symptomer og aksepterer behovet for medisinsk behandling, viser god sykdomsinnsikt (Jacob, 2016). Konseptet er i høy grad omdiskutert innenfor psykosefeltet, blant annet fordi sykdomsinnsikt gjerne knyttes opp mot en biomedisinsk forståelse av psykose og slik sett kan ekskludere andre måter å forstå psykose på (Tranulis et al., 2008). Recoverymodellen har uansett en nokså annerledes tilnærming til spørsmålet om selvbestemmelse i en slik sammenheng. Innenfor en slik tilnærming vil man i større grad anerkjenne den enkeltes rett til å prøve og feile (Karlsson & Borg, 2013). Det kan imidlertid føre til at personen det gjelder, gjør valg som ikke nødvendigvis fremmer hans eller hennes bedringsprosess på kort sikt. Innenfor denne tankegangen vil slike erfaringer likevel bidra til at man kan komme videre i prosessen på sikt.

Recovery forstått som personlig prosess legger dessuten vekt på at de berørte personene selv vet hva som fungerer best for dem (Karlsson & Borg, 2017). En slik forståelse kan imidlertid stå i fare for å legge mye av ansvaret for bedringsprosessen på mennesker som befinner seg i krevende livssituasjoner. Ifølge mennesker som selv har hatt en psykose, kjennetegnes tilstanden av tap av grunnleggende menneskelige behov som søvn, fysisk og psykisk trygghet, tap av relasjoner med familie, tap av selvfølelse og tap av håp (McCarthy-Jones, Marriott, Knowles, Rowse & Thompson, 2013). Kanskje er ikke en slik situasjon det rette tidspunktet for å ta valg eller vite hva som er best for en selv? Intervjustudien viste at det i en akutt fase av psykosen kunne være ønskelig med eksperthjelp (Hansen et al., 2019a; Hansen et al., 2018). Mange av deltakerne ga uttrykk for at de hadde behov for å snakke med noen som

---

forstod hva de slet med, noe de mente at familie og venner ikke hadde forutsetning for. I en litteraturgjennomgang som så nærmere på folks erfaringer med antipsykotisk medisiner, gjorde Bjørnstad et al. (2019) også funn som antydte at eksperthjelp ble sett som nyttig i en tidlig fase av behandlingen. I den medisinske modellen vil hovedansvaret for behandlingen nettopp ligge hos de profesjonelle. Vi fant imidlertid at det å bli sett som en unik person og å oppleve at man ble lyttet til og tatt på alvor, også ble sett som avgjørende i slike tidlige faser, noe som peker mer i retning av en recoverybasert tenkning.

Satt på spissen vil det i en medisinsk modell være fagfolk som vet best og ikke den det gjelder (Ekeland, 2011). De profesjonelle får da aktive roller i kraft av at de har evidensbasert kunnskap som tilsier at de har den beste forutsetningen for å komme med en løsning på problemet. En slik innfallsvinkel kan imidlertid plassere den det gjelder, i en passiv rolle med hensyn til vedkommendes egen bedringsprosess. Veseth (2014) fremhever folks egen innsats som en av grunnpilarene i recoverytankegangen. Til tross for at profesjonell hjelp ble sett som nyttig i en akutt fase, ble betydningen av det deltakerne selv kunne gjøre, fremhevet som en viktig del av bedringsprosessen (Hansen et al., 2018). Én måte å ta kontroll på var å tenke annerledes omkring de psykotiske tankene, noe som i sin tur kunne bidra til å redusere angsten og bedre selvfølelsen. Andre fortalte at en ny interesse eller deltakelse i ulike aktiviteter kunne gi dem ny motivasjon. Betydningen av å handle på egne vegne («self-agency») ble spesielt belyst i en av studiene i metasyntesen (Bjørnstad et al., 2017a). Recovery som personlig prosess innebærer altså også et fokus på ressurser og hva man *kan* gjøre, i motsetning til den medisinske modellens fokus på symptomer, som i verste fall kan komme til å vektlegge hva man *ikke kan* gjøre.

### ***Recovery på systemnivå***

Jeg vil i tillegg trekke frem hvordan enkelte trekk ved styringsmodellene i helsetjenesten kan være utfordrende å kombinere med en tenkning der recovery blir forstått som en prosess snarere enn som resultat av behandlingen. New Public

---

Management har lenge vært den rådende modellen for organiseringen av de offentlige velferdstjenestene både i Norge og mange andre vestlige land (Karlsson & Borg, 2017). Denne modellen kan bidra til å forsterke brukernes manglende påvirkningsmuligheter ved at politikken som føres, vanligvis implementeres fra toppen og ned. En slik styringsmodell kan imidlertid også bidra til å myndiggjøre dem som har behov for helsehjelp, ved å rettighetsfeste tjenester, noe som kan føre til at man flytter makt fra fagfolk til dem det gjelder. På den andre siden favoriserer en slik modell ofte standardiserte tjenester, noe som kan være problematisk med tanke på behovet for individuelt tilpassede tjenester (Davidson et al., 2008). Recovery som personlig prosess handler på sin side om det motsatte (Williams et al., 2016). En grunntanke er at de berørte selv skal kunne sitte i førersetet, og at tjenestene skal utformes med utgangspunkt i deres behov (Borg & Karlsson, 2011).

Én type tiltak som ble benyttet i flere av de tidlige intervensjonstilbudene som beskrives i metasynthesen (Hansen et al., 2018), er likepersonsarbeid i grupper som enten var ledet av fagpersoner eller medarbeidere som hadde egenerfaringer med psykiske lidelser. Ved å delta i slike grupper kan brukere av helsetjenesten trolig få mer myndiggjørende roller (Ekeland & Heggen, 2012). Å snakke med andre som befant seg i en lignende situasjon, ble dessuten fremhevet som nyttig med tanke på bedring. Forskning tyder også på at likepersonsgrupper blir sett på som positive når det gjelder faktorer som håp, myndiggjøring og livskvalitet, men at det kan være vanskelig å måle innflytelsen til slike grupper dersom man ser på recovery som et resultat av behandlingen (Bellamy, Schmutte & Davidson, 2017). Dette illustrerer noe av kjernen i utfordringene med å implementere kvalitativ kunnskap i et system som hovedsakelig baseres på kvantitative mål.

Funnene fra denne studien antyder at tidlige intervensjonstilbud i likhet med andre helsetjenester har et stykke å gå når det gjelder brukernes muligheter for reell innflytelse i utformingen av tjenestene. Man klarer kanskje i større grad enn tidligere å involvere dem det gjelder, både gjennom mer samarbeidende praksiser og ved å

---

verdsette erfaringsbasert kunnskap i større grad enn tidligere. I dag kan for eksempel brukerne av tjenestene dele erfaringer i likepersonsgupper og inngå i mer aktive roller som erfaringskonsulenter. Recoveryorientering handler imidlertid også om myndiggjøring som går utover det personlig planet – det dreier seg også om innflytelse på systemnivå. Selv om brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som gjelder både på bruker- og systemnivå, synes det bare unntaksvis å ha vært lagt til rette for reell innflytelse på utformingen av innholdet eller organiseringen av tjenestene (Ekeland & Heggen, 2012). Byrne, Stratford og Davidson (2018) ser på rollen til personer med levde erfaringer med psykisk lidelse som en av de mest betydningsfulle, men samtidig minst anerkjente, elementene i recoverytilnærmingen. De peker på betydningen av myndiggjøring på tre nivå. Det første nivået handler om den enkeltes behov for å lære å ta vare på sin egen helse. Det andre nivået handler om at personer som befinner seg i en bedringsprosess, kan gi håp og empati, samt hjelpe helsetjenesten og lokalsamfunnet å navigere. Det siste nivået handler om at folk med levde erfaringer, i tråd med tankegangen «nothing about us without us» (Deegan, 1992), må få ledende stillinger, slik at de kan få innflytelse på sosialpolitikk, systemledelse, planlegging, utdanning, programutvikling og evaluering.

### 4.3 Recovery – også en sosial prosess?

Psykoselidelser har i større grad enn andre alvorlige psykiske lidelser vært sett som lidelser preget av sosial tilbaketreking. Enkelte har stilt spørsmål ved om sosial isolasjon kan ses som en følge av lidelsen, eller om sosial isolasjon kan føre til psykose (Stilo et al., 2013). Sosial tilbaketreking har gjerne blitt tolket som uttrykk for at folk med psykose ikke ønsker sosial kontakt, eller at tilbaketrekingen er en del av lidelsens natur (Davidson, 2019). Det stemmer imidlertid dårlig overens med funnene i denne studien (Hansen et al., 2019a; Hansen et al., 2018). Relasjoner med andre mennesker, innenfor og utenfor helsetjenesten, ble sett på som essensielle for deltakernes bedringsprosesser. Det var ikke bare relasjoner med fagfolk som hadde betydning, men også relasjoner, eller mangelen på relasjoner, med familie og venner.

---

Innenfor helsetjenesten har recovery i første rekke blitt sett på som et individuelt anliggende (Ramon, 2018). Det har i liten grad vært forsket på betydningen av relasjoner utenfor helsetjenesten, men funnene i denne studien er i tråd med en tidligere studie av bedringsprosesser hos folk med alvorlig psykoselidelse der støtten fra familie og venner spilte en vesentlig rolle (Topor et al., 2006). I denne delen vil jeg hovedsakelig drøfte betydningen av relasjoner utenfor helsetjenesten, men også komme inn på hvordan relasjoner innenfor og utenfor helsetjenesten kan komplementere hverandre.

Recovery som personlig prosess har vært kritisert for å legge for lite vekt på sosiale prosesser (Topor et al., 2011). Ved å vektlegge recovery som sosial prosess fremhever man at recovery ikke kan foregå i et vakuum (Borg et al., 2013; Tew et al., 2012). En slik dreining av fokus kan bidra til at man blir oppmerksom på flere aspekter og mulige arenaer som kan ha betydning for folks bedringsprosesser (Borg & Davidson, 2008). Recovery vil da kunne handle om andre ting enn å få kontroll på symptomene eller at den enkelte selv må ta et aktivt grep. Da vil også forhold i omgivelsene, altså utenfor helsetjenesten, i større grad tas med i betraktningen (Borg & Davidson, 2008; Tew et al., 2012). Man vil fortsatt legge vekt på ressurser, men ikke bare på det personlige planet. Ressurser i omgivelsene, for eksempel folk i det sosiale nettverket og ulike arenaer som kan gi tilgang til sosiale fellesskap, blir også viktige. Funnene i denne studien indikerer at unge voksne med førsteepisode psykose hadde ulik tilgang på slike ressurser i det sosiale nettverket (Hansen et al., 2019a; Hansen et al., 2018).

### ***Ulik recoverykapital***

Recoverykapital er et begrep som kan bidra til å sette funnene fra denne studien inn i et sosialt recoveryperspektiv. Begrepet har sitt utspring i samfunnsvitenskapelige teorier om sosial kapital (Bourdieu & Wacquant, 1992; Coleman, 1990; Putnam, 2000) og kan brukes som innfallsvinkel for å forstå og styrke marginaliserte gruppers sosiale forankring (Starrin & Rønning, 2009). Begrepet har i hovedsak vært benyttet som motvekt til en medisinsk innfallsvinkel innenfor rusomsorg og tjenester rettet



---

mot personer med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (Cloud & Granfield, 2001; Cloud & Granfield, 2008; Topor et al., 2018). Tew (2013) har også benyttet begrepet i forbindelse med recoveryprosesser knyttet mer spesifikt opp mot feltet for psykisk helse.

Cloud og Granfield (2008, s. 1972) har definert recoverykapital som «et knippe av ressurser som kan akkumuleres eller brytes ned» (min oversettelse). De ønsket å utvikle et begrep som kunne benyttes som teoretisk rammeverk for å kartlegge og forstå betydningen av ressurser i folks sosiale nettverk eller samfunnet for øvrig (Cloud & Granfield, 2001; Cloud & Granfield, 2008). Samtidig skulle det være et praktisk redskap knyttet til den enkeltes recoveryprosess, der den berørte personen fortsatt står i sentrum. Recoverykapital deles gjerne inn i flere underkomponenter. Tew et al. (2013) peker for eksempel på fem typer kapital: økonomisk (penger til ens disposisjon), sosial (ressurser i ens sosiale nettverk), identitet (relasjoner med betydningsfulle andre), personlig eller mental kapital (mestring og måter å se seg selv på) og relasjonskapital (kvaliteten på nære relasjoner). Her vil jeg trekke frem to komponenter, *identitetskapital* og *relasjonskapital*, som jeg ser som særlig relevante for å belyse funnene som gjelder betydningen av relasjoner, i denne studien (Hansen et al., 2019a; Hansen et al., 2018).

*Identitetskapital* knyttes i en slik sammenheng opp mot relasjoner med betydningsfulle andre (Tew, 2013). Tradisjonelt sett forstås ofte identitet som en stabil og vedvarende struktur knyttet til selvrepresentasjon hos individet (Boulanger, Dethier, Gendre & Blairy, 2013; Stein & Markus, 1994). Innenfor konvensjonelle tilnærminger vil eventuelle identitetsforstyrrelser først og fremst ses som et resultat av selve psykoselidelsen (Boulanger et al., 2013). I et sosialt perspektiv vil man i større grad se på identitet som noe som utvikles i samspill med andre mennesker. Utgangspunktet vil da være at mennesker ses som sosiale vesener, noe som kommer til uttrykk gjennom at vi lever og utvikler oss i sosiale grupper (Jenkins, 2004). Ifølge Tajfel (1978) gir tilgangen vår til sosiale grupper også en følelse av sosial identitet

---

som kan internaliseres og bli en del av den enkeltes selvfølelse – og som kan fungere som identitetskapital om man ser det i et recoverykapitalperspektiv. Funnene fra denne studien viser at det var forskjeller i hvorvidt deltakerne hadde tilgang til relasjoner med andre som kunne bidra til en positiv identitetsutvikling. Noen opplevde å ha vokst som følge av psykoseerfaringen, mens andre erfarte at de måtte leve med en vedvarende sårbarhet. Flere fremhevet deltakelse i likepersonsgupper som en viktig ressurs, som etter min mening kan ses på som en form for identitetskapital. Det ble fremstilt som meningsfylt å snakke med andre som hadde lignende erfaringer, og som man kunne finne en felles tilhørighet med. Dette kalles gjerne for «bonding»-kapital og betegner relasjoner som er samlende for en gruppe (Putnam, 2000). En slik type kapital regnes imidlertid ikke som tilstrekkelig om man skal kunne bli sosialt integrert i samfunnet. Da trenger man tilgang på flere typer fellesskap i tillegg, og man vil også ha behov for «bridging»-kapital, eller brobyggende kapital. (Putnam, 2000). Eksempler på den sistnevnte formen for kapital kan være deltakelse i arbeidslivet eller studier. Deltakerne i denne studien syntes å ha tilgang på denne typen kapital i svært varierende grad. Enkelte var helt utenfor arbeidslivet, mens andre både jobbet og studerte.

Den siste typen kapital er *relasjonskapital*, som handler om kvaliteten på relasjonene man inngår i (Tew, 2013). Å ha et sosialt nettverk kan på den ene siden utgjøre en ressurs dersom kvaliteten på relasjonene oppleves oppbyggende. På den andre siden kan kvaliteten på relasjonene oppleves som utfordrende og slik sett ses som nedbrytende. Denne studien antyder at kvaliteten på relasjonene deltakerne inngikk i, varierte i stor grad. Deltakerne oppfattet for eksempel familierelasjoner som nyttige for recoveryprosessen når de opplevde at de kunne stole på foreldre eller andre slektninger – og at de alltid ville være der. Det var imidlertid flere som ga uttrykk for at familien ikke ble sett på som et sted å hente emosjonell støtte. Forskning viser også at familier hvor et av familiemedlemmene sliter med psykose, står i fare for å bli tappet for ressurser eller relasjonskapital over tid (Megan et al., 2018).

---

Funnene fra studien viste også at relasjoner til venner ble sett som betydningsfulle når det gjaldt recoveryprosessen (Hansen et al., 2019a; Hansen et al., 2018). Sosial interaksjon med venner ble også sett som en signifikant positiv prediktor for recovery forstått som resultat i en studie som undersøkte tidlig intervensjon ved førsteepisode psykose (Bjornestad et al., 2017b). I intervjustudien fant vi dessuten at deltakerne gjerne differensierte mellom ulike typer kvaliteter eller funksjoner venner kunne ha (Hansen et al., 2019a). Det kunne for eksempel oppleves trygt og godt å ha nære, gode venner som man kunne snakke åpent med om de psykiske utfordringene (jf. «bonding»-kapital). Samtidig kunne det oppleves befriende å få nye venner, for eksempel i studiesammenheng, som ikke kjente til psykoseerfaringen. Det ga rom for å være seg selv, uten å bli sett på som en person med diagnose eller psykosesymptomer. Denne typen relasjoner kan også representere en form for brobyggende kapital fordi det sannsynligvis vil være enklere å bli integrert i samfunnet uten å ha stigmaet knyttet til psykosediagnosen hengende ved seg. Det var imidlertid også noen av deltakerne som oppga at de hadde få eller ingen venner. Enkelte uttrykte at de hadde problemer med å ha tillit til andre mennesker, gjerne med bakgrunn i negative opplevelser i tidligere relasjoner, for eksempel mobbing. Samtidig skulle de ønske at de hadde venner. Stigma ble også oppgitt som bakgrunn for at en del opplevde å ha mistet venner, eller for at vennerelasjoner ikke fungerte så godt lenger. Relasjoner som innebærer at man føler seg avvist, eller venner som viker unna fordi man oppfører seg annerledes enn det som oppfattes som normalt, vil følgelig kunne ses på som en nedbryting av kvaliteten i relasjonskapitalen.

Et mønster som gikk igjen, var at de personene som opplevde utfordringer i familierelasjoner, ofte, men ikke alltid, også syntes å ha lav recoverykapital på de fleste andre komponentene. Ifølge Tew (2013) kan en kartlegging av de ulike recoverykomponentene være et nyttig redskap når det gjelder å identifisere hvem som vil ha behov for ekstra oppfølging på disse områdene. Funnene i denne studien pekte i retning av at helsetjenesten og det sosiale nettverket så ut til å ha komplementære roller. Helsetjenesten kunne først og fremst bidra ved å møte dem med respekt og

---

aksept og hjelpe dem med å forstå hva som skjedde, mens familien var viktig både med tanke på trygghet og emosjonell støtte, selv om den ikke var tilstrekkelig i en slik sammenheng. Venner kunne tilby ulike typer relasjoner og ulike typer sosiale fellesskap som på hvert sitt vis ble sett på som viktig for recoveryprosessen. Personer som mangler recoverykapital på mange komponenter, vil kunne ha behov for mer, eller en annen type, hjelp enn personer som har en høy grad av samlet recoverykapital. Slik sett peker også disse funnene i retning av en tilnærming der man tar utgangspunkt i den enkeltes spesifikke behov. Dersom man ser recovery som en personlig og sosial prosess, vil det for mange i denne gruppen sannsynligvis ikke være tilstrekkelig med medisinsk symptombehandling eller individuell terapi. De vil også ha behov for hjelp til å bygge opp sin egen recoverykapital. Kanskje vil et større fokus på sosiale aspekter også kunne bidra til å holde folk med psykoselidelser ute av helsetjenesten på lengre sikt?

### ***Recoveryprosesser ved førsteepisode psykose***

Et av hovedpunktene i forståelsen av recovery som prosess har vært knyttet til å finne håp i tilværelsen (Davidson, 2003; Slade, 2009). Forskning har også vist at dette er en av komponentene som folk med alvorlige psykiske lidelser fremhever som essensiell (Davidson et al., 2005; Leamy et al., 2011). Å se på recovery som en livslang prosess som hovedsakelig foregår i hverdagslivet, har også vært fremhevet (Borg & Davidson, 2008). Denne forskningen er hovedsakelig basert på erfaringene til voksne som har levd med alvorlige psykiske lidelser i mange år, og som gjerne har opplevd gjentatte tilbakefall. Jeg er imidlertid usikker på om faktorer som håp, hverdagsliv og livsprosesser er helt treffende med hensyn til hva unge voksne med førsteepisode psykose ser på som viktig for recoveryprosessen. Funnene fra denne studien gir grunn til å stille spørsmål ved det. De fleste deltakerne i studien syntes å være opptatt av hvordan de skulle komme seg videre, men psykoseerfaringen så samtidig ut til å ha gitt dem en forsterket usikkerhet knyttet til identitet og med tanke på hva de skulle gjøre med livet sitt. Det handlet mer om de store spørsmålene enn om hvordan de skulle leve i hverdagen. For meg virket det som om de strevde med de samme

---

spørsmålene som unge voksne flest – spørsmål knyttet til identitet og hvordan de skulle inngå i sosiale sammenhenger på ulike arenaer som utdanning, arbeid og fritidsaktiviteter. Bare to av dem jeg intervjuet, snakket om håpløshet. Det var heller ingen som var spesielt opptatt av hverdagslivet eller livsprosesser. Derimot var samtlige opptatt av det relasjonelle. Kanskje bør man derfor tenke på recovery for unge voksne på en litt annen måte enn det vanligvis fremstilles i recoverylitteraturen? Kanskje bør man legge særlig vekt nettopp på det relasjonelle – innenfor og utenfor helsetjenesten?

#### 4.4 Studiens styrker og begrensninger

Styrkene og begrensningene i denne studien følger hverandre på mange måter hånd i hånd. Den pragmatiske tilnærmingen med kvalitativ metodologi som en overbyggende bærebjelke kan ses som en styrke fordi den har gitt meg rom for å tilnærme meg fenomenet tidlig intervensjon ved psykose fra ulike perspektiver som i liten grad har vært utforsket før. Jeg valgte å bygge opp og tilpasse metodologien til forskningsspørsmålene fremfor å la vitenskapsteoretiske og metodiske tilnærminger lede kunnskapsproduksjonen. Det har betydd at jeg i tillegg til å benytte elementer fra forskjellige metodiske tilnærminger også har lagt til grunn til dels ulike vitenskapsteoretiske perspektiver. I diskursanalysen plasserte jeg meg i en konstruktivistisk epistemologi og rettet blikket mot det jeg ser på som sosialt konstruerte diskurser. De to andre delstudiene ble bygget opp rundt en fenomenologisk-hermeneutisk logikk som retter blikket mot folks livsverden og levde erfaringer.

Målet var at de ulike perspektivene skulle gi tilgang til ulike typer data som kunne utfylle hverandre, og at alle disse innfallsvinklene skulle øke kunnskapen om tidlig intervensjon ved psykose og relaterte recoveryprosesser. Denne tilnærmingen kan selvsagt også ses som en begrensning ved studien fordi den manglende sammenhengen i måten å se verden på, også kan gjøre det utfordrende å se

---

forskningsprosjektet som en helhetlig studie. Den ulike organiseringen og det ulike innholdet vi fant i intervensjonstilbudene vi undersøkte, der TIPS og TOPS på mange måter representerer to ytterpunkt, kan også gi grunn til å stille spørsmål ved om studien gir en illusjon av å studere samme fenomen.

Studiens åpne og utforskende form kan ses som en styrke. At forskningsobjektet ikke ble snevret inn i en tidlig fase av utforskningen, ga meg nettopp muligheten til å studere tidlig intervensjon og recoveryprosesser i bredden og belyse et mangfold. På samme tid kan det stilles spørsmål ved om en slik vid innfallsvinkel kan ha gått på bekostning av muligheten til å gå i dybden. Dette er også et spørsmål som kan stilles til studien som helhet, men det er kanskje mest relevant med hensyn til metasyntesen fordi den i særlig grad beskrev et mangfoldig innhold uten å gå i dybden på hvert enkelt tema.

Studiens vektlegging av førstepersonperspektivet kan også ses som en styrke, spesielt med tanke på at deltakerne i studien tilhører en gruppe som vanligvis ikke blir hørt. Slik sett kan studien bidra til å fremme deres røst og gi dem muligheten til å beskrive intervensjonstilbudene og helsetjenesten fra deres synsvinkel. Den semistrukturerte intervjuformen som ble valgt, ga også rom for individuell variasjon både med hensyn til innhold og hvor lang tid det enkelte intervjuet tok, noe som ga den enkelte deltaker muligheten til å få frem sin historie. Samtidig regnes dette som en krevende intervjuform, både for den som blir intervjuet, og den som stiller spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Både det at intervjuene varte såpass lenge, og at det var sensitive tema som ble belyst, kan ha påvirket kunnskapsproduksjonen. Min manglende bakgrunn fra denne typen helsetjenester kombinert med at jeg var nybegynner som forsker, gjorde det dessuten utfordrende for meg å komme med relevante oppfølgingsspørsmål, spesielt i de første intervjuene. Det kan også stilles spørsmål ved om ti deltakere var nok til å fange opp variasjonen og mangfoldet i unge voksnes erfaringer. Det at rekrutteringen foregikk over så lang tid, kan ha gitt

---

seleksjonseffekter ettersom vi ikke vet hva som kjennetegner de få som ville være med i studien, sammenlignet med de mange som ikke ville være med.

Studien fanger heller ikke opp stemmen til dem som ble vurdert å fungere så dårlig psykisk at gjennomføring av et intervju ville være vanskelig. Utvalget hadde dessuten en kjønnsmessig slagside med en overrepresentasjon av kvinner. Dette står i motsetning til utbredelsen av førsteepisode psykose i befolkningen, der menn er noe overrepresentert. Det kan også ses som en begrensning at personer med erfaringskompetanse i relativt liten grad har vært involvert i utformingen og gjennomføringen av forskningsprosjektet. Og det er kanskje et paradoks at en studie som handler om recoveryprosesser hvor aktive roller og myndiggjøring står sentralt, ikke benyttet et større innslag av medforskningselementer. Medforskning ble imidlertid vurdert som design. Med tanke på at personer i målgruppen for denne studien kan befinne seg i livssituasjoner som gjør det krevende å delta i et forskningsprosjekt som varer i fire år, ble det vurdert som vanskelig å gjennomføre en slik metodikk i praksis.

## 4.5 Implikasjoner for videre forskning og praksis

Funn fra denne studien belyser hvordan folk opplever kontakten med tidlige intervensjonstilbud relatert til deres recoveryprosesser. Ved å ta utgangspunkt i recovery forstått som en personlig og sosial prosess fant vi at medisiner og individualterapi bare så ut til å utgjøre en del av det som ble oppfattet som betydningsfullt i en slik sammenheng. Studien viser at sosiale relasjoner ser ut til å ha en sentral plass i den enkeltes recoveryprosess. I den videre forskningen blir det dermed viktig å se nærmere på hva de ulike relasjonene den enkelte inngår i, betyr for vedkommendes bedringsprosess. Studien impliserer også at forskning på tidlig intervensjon og recovery i større grad bør rette oppmerksomheten mot betydningen av hva de berørte selv kan gjøre – gjennom aktive roller og deltakelse i likepersonsgupper og ulike typer aktiviteter.

---

Funnene fra denne studien antyder dessuten at systemet i seg selv kan oppleves som et hinder for bedring, fordi det kan oppleves som uoversiktlig, og fordi vektleggingen av diagnoser og standardiserte tilnærminger i noen grad kan se ut til å overskygge den menneskelige faktoren. Det impliserer at den videre forskningen i større grad bør undersøke hvordan systemet som helhet oppleves av dem som bruker det. Samtidig viser denne studien at tidlig intervensjon ikke nødvendigvis er et ensartet fenomen. Organisering og innhold varierer i stor grad. Ved å fokusere på VUP vil man sannsynligvis ikke klare å fange opp alle de ulike faktorene som kan ha innflytelse på folks bedringsprosesser. Dette impliserer at forskningen på slike tilbud kanskje i større grad bør undersøke hvordan ulike deltakere kan virke inn på bedring – både som resultat og som prosess.

Funn fra denne studien tyder på at en forståelse av psykose som hovedsakelig bygger på en medisinsk modell, vil kunne gi visse utfordringer knyttet til implementeringen av recoverybaserte modeller. Mer spesifikt stiller studien spørsmål ved om etablerte strategier for å formidle budskap om psykose gjennom informasjonskampanjer som hovedsakelig er basert på ekspertkunnskap innenfor en sykdomsdiskurs, har den tilsiktede effekten, eller om de snarere kan få utilsiktede følger når det gjelder hjelpesøkende atferd og måten psykoselidelser oppfattes på i samfunnet generelt. En implikasjon vil kunne være at helsetjenesten utvikler strategier som i større grad tar opp i seg og integrerer kunnskap basert på erfaringene til folk med egenerfaring og deres familier. Med bakgrunn i at målgruppen for tidlige intervensjonstilbud i første rekke er unge eller unge voksne som på mange måter lever livet sitt på internett, peker studien også i retning av at informasjonsstrategier i enda større grad bør rettes inn mot å nå folk der de er å treffe.

Denne studien antyder dessuten at relasjoner, både innenfor og utenfor helsetjenesten, har betydning for folks recoveryprosesser – og at de ser ut til å kunne komplementere hverandre. Som nevnt synes deltakernes recoverykapital å være ulikt fordelt, noe som kan peke mot at personer med førsteepisode psykose vil ha varierende behov for



---

tilrettelegging og hjelp på det sosiale plan. Studien peker slik sett mot at tidlige intervensjonstilbud, og helsetjenesten generelt, i større grad bør rette blikket mot relasjonelle og sosiale aspekter ved behandling av personer med førsteepisode psykose. I tillegg peker studien på at utfordringer knyttet til sosial tilbaketrekning i større grad kan møtes med inkluderingstiltak på lokalsamfunnsnivå.

---

## 5. Avslutning

Det overordnede målet med denne avhandlingen har vært å utforske tidlig intervensjon ved psykose og recovery fra andre perspektiver enn dem som vanligvis belyses innenfor helsetjenesten. Søkelyset har vært rettet mot folks recoveryprosesser ved førsteepisode psykose og behandling i tidlige intervensjonstilbud. Jeg har sett på hvordan diskurser i informasjonskampanjer som inngår som ledd i strategier med tidlig intervensjon, ser ut til å være preget av ulike spenninger innenfor helsetjenesten. I tillegg har en sentral del av studien gått ut på å belyse hvordan tidlige intervensjonstilbud oppleves fra et førstepersonperspektiv, og hva som ble sett på som nyttig eller til hinder for bedring. Relasjoner fremstår som en vesentlig faktor i folks recoveryprosesser. Relasjoner med fagfolk innenfor helsetjenesten og ulike typer sosial støtte fra familie og venner utenfor tjenesten ser ut til å komplementere hverandre. Lite tyder på at deltakerne i denne studien hadde et ønske om sosial tilbaketrekning. Funnene fra studien antyder slik sett at det finnes et potensial i å arbeide mer målrettet og individuelt tilpasset med sosiale relasjoner basert på den enkeltes behov.

---

## Litteratur

- Agarwal, S.K. & Agarwal, N.K. (2013). Article 1401 – High prevalence of treated comorbid conditions in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 28, Supplement 1, 1. doi:10.1016/S0924-9338(13)76441-1
- Allott, K., Alvarez-Jimenez, M., Killackey, E.J., Bendall, S., McGorry, P.D. & Jackson, H.J. (2011). Patient predictors of symptom and functional outcome following cognitive behaviour therapy or befriending in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 132(2–3), 125–130. doi:10.1016/j.schres.2011.08.011
- Alvesson, M. & Skölberg, K. (2009). *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Amos, A. (2012). Assessing the cost of early intervention in psychosis: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(8), 719–734. doi:10.1177/0004867412450470
- Andresen, R., Oades, L. & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586–594. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x
- 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
- APA. (2006). *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium*. Arlington, Virginia: American Psychiatric Pub.
- Bateson, G. (1969). *Schizophrenie and Familie*. Frankfurt: Surhkamp.
- Bay, N., Bjornestad, J., Johannessen, J.O., Larsen, T.K. & Joa, I. (2016). Obstacles to care in first-episode psychosis patients with a long duration of untreated psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(1), 71–76. doi:10.1111/eip.12152
- Bechard-Evans, L., Schmitz, N., Abadi, S., Joobar, R., King, S. & Malla, A. (2007). Determinants of help-seeking and system related components of delay in the treatment of first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 96(1–3), 206–214. doi:10.1016/j.schres.2007.07.017
- Bellamy, C., Schmutte, T. & Davidson, L. (2017). An update on the growing evidence base for peer support. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(3), 161–167. doi:10.1108/MHSI-03-2017-0014
- Bentall, R.P. (2004). *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*. London: Penguin Books.
- Bentall, R.P. & Morrison, A.P. (2002). More harm than good: The case against using antipsychotic drugs to prevent severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 11(4), 351–356. doi:10.1080/09638230020023723

- 
- Bertolote, J. & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *British Journal of Psychiatry*, 187(48) (supplement), 116–119. doi: 10.1192/bjp
- Billig, M. (1988). *Ideological Dilemmas: A Social Psychology of Everyday Thinking*. London: Sage.
- Binder, P.-E., Holgersen, H. & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103–117. doi:10.1080/19012276.2012.726815
- Binder, P.-E., Schanche, E., Holgersen, H., Nielsen, G.H., Hjeltnes, A., Stige, S.H., ... Moltu, C. (2016). Why do we need qualitative research on psychological treatments? The case for discovery, reflexivity, critique, receptivity, and evocation. *Scandinavian Psychologist*. <https://psykologisk.no/sp/2016/05/e8/>
- Birchwood, M. (2003). Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 182(5), 373–375. doi:10.1192/bjp.182.5.373
- Bjornestad, J., Bronnick, K., Davidson, L., Hegelstad, W.t.V., Joa, I., Kandal, O., ... Melle, I. (2017a). The central role of self-agency in clinical recovery from first episode psychosis. *Psychosis*, 9(2), 140–148. doi:10.1080/17522439.2016.1198828
- Bjornestad, J., Hegelstad, W.t.V., Joa, I., Davidson, L., Larsen, T.K., Melle, I., ... Bronnick, K. (2017b). “With a little help from my friends” social predictors of clinical recovery in first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 255, 209–214. doi:10.1016/j.psychres.2017.05.041
- Bjornestad, J., Lavik, K.O., Davidson, L., Hjeltnes, A., Moltu, C. & Veseth, M. (2019). Antipsychotic treatment - a systematic literature review and meta-analysis of qualitative studies. *Journal of Mental Health*, 1-11. doi:10.1080/09638237.2019.1581352
- Borg, M. (2007). *The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. (Doktoravhandling). Trondheim: Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet.
- 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. (2011). Recovery - og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(4), 314–323.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling* (Rapport nr. 4/2013). Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- 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

- 
- Boulanger, M., Dethier, M., Gendre, F. & Blairy, S. (2013). Identity in schizophrenia: A study of trait self-knowledge. *Psychiatry Research*, 209(3), 367–374. doi:10.1016/j.psychres.2013.04.002
- Bourdeau, G., Lecomte, T. & Lysaker, P.H. (2015). Stages of recovery in early psychosis: Associations with symptoms, function, and narrative development. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(2), 127–142. doi:10.1111/papt.12038
- Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Boydell, J., Os, J., McKenzie, K. & Murray, R. (2004). The association of inequality with the incidence of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8), 597–599. doi:10.1007/s00127-004-0789-6
- Boydell, K.M., Stasiulis, E., Volpe, T. & Gladstone, B. (2010). A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(1), 7–24. doi:10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. doi:10.1080/2159676X.2019.1628806
- Braun, V., Clarke, V. & Hayfield, N. (2019). ‘A starting point for your journey, not a map’: Nikki Hayfield in conversation with Virginia Braun and Victoria Clarke about thematic analysis. *Qualitative research in psychology*, 1-22. doi:10.1080/14780887.2019.1670765
- Brinkmann, S. (2006). Individ, demokrati og psykologi i en pragmatisk optik. *Psyke & Logos*, 27(1), 240-258. <https://tidsskrift.dk/psyke/article/view/8290/6852>
- Britten, N., Garside, R., Pope, C., Frost, J. & Cooper, C. (2017). Asking more of qualitative synthesis: A response to Sally Thorne. *Qualitative Health Research*, 27(9), 1370–1376. doi:10.1177/1049732317709010
- Broecker, M.S. & Ivanovas, G. (2007). *The Beginning of a New Epistemology : In Memoriam, Gregory Bateson, 1904-1980*. Kybernetes, Vol. 36, no. 7/8. doi: 10.1108/k.2007.06736gaa.001
- Byrne, M., Stratford, A. & Davidson, L. (2018). The global need for lived experience leadership. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(1), 76–79. doi:10.1037/prj0000289
- Castle, D.J. (2012). The truth, and nothing but the truth, about early intervention in psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(1), 10–13. doi:http://dx.doi.org/10.1177/0004867411432553
- Castle, D.J. & Singh, S. P. (2015). Early intervention in psychosis: still the ‘best buy’? *The British Journal of Psychiatry*, 207(4), 288–292. doi:http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160630
- Chang, W., Yan Kwong, V., Lau, E., So, H., Wong, C., Chan, G., ... Chen, E. (2017). Sustainability of treatment effect of a 3-year early intervention programme for

- 
- first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 211(1), 37–44. doi:10.1192/bjp.bp.117.198929
- Cloud, W. & Granfield, R. (2001). Natural recovery from substance dependency: Lessons for treatment providers. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1), 83–104. doi:10.1300/J160v01n01\_07
- Cloud, W. & Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: expansion of a theoretical concept. *Substance Use & Misuse*, 43(12–13), 1971–1986.
- Coleman, J.S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge, Massachusetts: Belknap Press
- Coleman, R. (2004). *Recovery An Alien Concept?* Gloucester: P&P Press
- Comer, R. J. (2015). *Abnormal Psychology* (9. utg.). New York: Worth Publishers.
- Compton, M.T., Carter, T., Bergner, E., Franz, L., Stewart, T., Trotman, H., ... McGorry, P.D. (2007). Review article: Defining, operationalizing and measuring the duration of untreated psychosis: advances, limitations and future directions. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(3), 236–250. doi:10.1111/j.1751-7893.2007.00036.x
- Connell, M., Schweitzer, R. & King, R. (2015). Recovery from first-episode psychosis and recovering self: A qualitative Study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(4), 359–364. doi:10.1037/prj0000077
- Connor, C., Birchwood, M., Freemantle, N., Palmer, C., Channa, S., Barker, C., ... Singh, S. (2016). Don't turn your back on the symptoms of psychosis: The results of a proof-of-principle, quasi-experimental intervention to reduce duration of untreated psychosis. *BMC Psychiatry*, 16, 127. doi: 10.1186/s12888-016-0816-7
- Corcoran, C., Gerson, R., Sills-Shahar, R., Nickou, C., McGlashan, T., Malaspina, D. & Davidson, L. (2007). Trajectory to a first episode of psychosis: a qualitative research study with families. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(4), 308–315. doi:10.1111/j.1751-7893.2007.00041.x
- Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. doi:10.1037/0003-066X.59.7.614
- Corrigan, P.W., Kerr, A. & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179–190. doi:10.1016/j.appsy.2005.07.001
- Cotton, S.M., Lambert, M., Schimmelmann, B.G., Filia, K., Rayner, V., Hides, L., ... Conus, P. (2017). Predictors of functional status at service entry and discharge among young people with first episode psychosis. (Report). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(5), 575–585. doi:10.1007/s00127-017-1358-0
- Craig, T., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M. & Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *British Medical Journal*, 329(7474), 1067–1070. doi:10.1136/bmj.38246.594873.7C

- 
- Critical Appraisal Skills Programme (2013). Hentet fra <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklist>
- Csillag, C., Nordentoft, M., Mizuno, M., Jones, P.B., Killackey, E., Taylor, M., ... McDaid, D. (2016). Early intervention services in psychosis: from evidence to wide implementation. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(6), 540–546. doi:10.1111/eip.12279
- Cullberg, J. (2005). *Psykoser: et integrert perspektiv* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cullberg, J., Mattsson, M., Levander, S., Holmqvist, R., Tomsmark, L., Elingfors, C. & Wieselgren, I.M. (2006). Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish ‘Parachute Project’ and Two Comparison Groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 274–281. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00788.x
- David, A.S. (1990). On insight and psychosis: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83(5), 325–329. doi:10.1177/014107689008300517
- Davidson, L. (2003). *Living Outside Mental Illness - Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York: NYU Press.
- Davidson, L. (2006). What happened to civil rights? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), 11–14. doi:10.2975/30.2006.11.14
- Davidson, L. (2019). Recovering a sense of self in schizophrenia. *Journal of Personality*, 1–11. doi:10.1111/jopy.12471
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R. & Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 8(3), 177–201 doi:<https://doi.org/10.1080/15487760500339360>
- 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:1080/09638230701482394
- Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O’Connell, M.J. & Lawless, M. S. (2008). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Davidson, L., Tondora, J. & Ridgway, P. (2010). Life is not an “outcome”: Reflections on recovery as an outcome and as a process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(1), 1–8. doi:10.1080/15487760903489226
- de Jager, A., Rhodes, P., Beavan, V., Holmes, D., McCabe, K., Thomas, N., ... Hayward, M. (2016). Investigating the lived experience of recovery in people who hear voices. *Qualitative Health Research*, 26(10), 1409–1423. doi:10.1177/1049732315581602
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. doi:10.1037/h0099565
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91–97. doi:10.1037/h0101301

- 
- Deegan, P.E. (1992). The independent living movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(3), 3–19. doi:10.1037/h0095769
- Denhov, A. & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 417–424. doi:10.1177/0020764011406811
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (4. utg.). Los Angeles: Sage.
- Devyllder, J.E. & Gearing, R.E. (2013). Declining social support in adolescents prior to first episode psychosis: Associations with negative and affective symptoms. *Psychiatry Research*, 210(1), 50–54. doi:10.1016/j.psychres.2013.02.004
- Dixon, L.B., Goldman, H.H., Bennett, M.E., Wang, Y.J., McNamara, K.A., Mendon, S.J., ... Essock, S.M. (2015). Implementing coordinated specialty care for early psychosis: The RAISE connection program. *Psychiatric Services*, 66(7), 691–698. doi:10.1176/appi.ps.201400281
- Edwards, D. & Potter, J. (1992). *Discursive Psychology*. London: Sage.
- Edwards, J. & Kaimal, G. (2016). Using meta-synthesis to support application of qualitative methods findings in practice: A discussion of meta-ethnography, narrative synthesis, and critical interpretive synthesis. *The Arts in Psychotherapy*, 51, 30–35. doi:10.1016/j.aip.2016.07.003
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern* (erfaringskompetanse.no 2011:1). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.  
<https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Ny-kunnskap-ny-praksis.-Et-nytt-psykisk-helsevern.pdf>
- Ekeland, T.-J. & Heggen, K. (red.) (2012). *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?*
- Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D. & Moltu, C. (2019). Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 88–96. doi:10.1080/01612840.2018.1524532
- Fenton, S.W. (2001). Comorbid conditions in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(1), 17–23. doi:10.1097/00001504-200101000-00004
- Fingfeld, D.L. (2003). Metasynthesis: The state of the art – so far. *Qualitative Health Research*, 13(7), 893–904. doi:10.1177/1049732303253462
- Finlay, L. (2002). “Outing” the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531–545.
- Garety, P., Kupiers, E., Fowler, D., Freeman, D. & Bebbington, P.E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189–195. doi:10.1017/S0033291701003312
- Gayer-Anderson, C. & Morgan, C. (2013). Social networks, support and early psychosis: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(2), 131–146.



- 
- Gergen, K.J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266–275. doi:10.1037/0003-066X.40.3.266
- Glover, H. (2005). Guest editorial: Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 179–182. doi:10.5172/jamh.4.3.179
- Gottesman, I.I., Laursen, T.M., Bertelsen, A. & Mortensen, P.B. (2010). Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 252–257. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.1
- Grande, M. & Jensen, L.H. (2016, 7. september). Psykosen er ingen dom. *Psykologisk.no*. Hentet fra <https://psykologisk.no/2016/09/psykosen-er-ingen-dom/>
- Gronholm, P.C., Thornicroft, G., Laurens, K.R. & Evans-Lacko, S. (2017). Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review. *Psychological Medicine*. 47(11), 1867–1879. doi:10.1017/S0033291717000344
- Grue, L. (2016). *Normalitet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hansen, H., Stige, S.H., Davidson, L., Løberg, E.M. & Veseth, M. (2019a). «Needing different things from different people» - A qualitative exploration of recovery in first episode psychosis. *Social Work in Mental Health*, 1-21. doi: 10.1080/15332985.2019.1679324
- Hansen, H., Stige, S.H., Davidson, L., Moltu, C. & Veseth, M. (2018). How do people experience early intervention services for psychosis? A meta-synthesis. *Qualitative Health Research*, 28(2), 259–272. doi:10.1177/1049732317735080
- Hansen, H., Stige, S.H., Moltu, C., Johannessen, J.O., Joa, I., Dybvig, S. & Veseth, M. (2019b). “We all have a responsibility”: a narrative discourse analysis of an information campaign targeting help-seeking in first episode psychosis. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 1–14. doi:10.1186/s13033-019-0289-4
- Harding, C.M., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S. & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144(6), 727–735.
- Harris, M.G., Burgess, P.M., Chant, D.C., Pirkis, J.E. & McGorry, P.D. (2008). Impact of a specialized early psychosis treatment programme on suicide. Retrospective cohort study. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1), 11–21. doi:10.1111/j.1751-7893.2007.00050.x
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J. & Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 178(6), 506–517. doi:10.1192/bjp.178.6.506
- Harrow, H.M. & Jobe, H.T. (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year

- multifollow-up study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(5), 406–414. doi:10.1097/01.nmd.0000253783.32338.6e
- Haug, E., Melle, I., Andreassen, O.A., Raballo, A., Bratlien, U., Øie, M., ... Møller, P. (2012). The association between anomalous self-experience and suicidality in first-episode schizophrenia seems mediated by depression. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 456–460. doi:10.1016/j.comppsy.2011.07.005
- Hegelstad, W.t.V., Joa, I., Barder, H., Evensen, J., Haahr, U., Johannessen, J.O., ... Larsen, T.K. (2014). Variation in duration of untreated psychosis in an 18-year perspective. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(4), 323–331. doi:10.1111/eip.12057
- 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
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hemmings, G. & Hemmings, W.A. (red.) (1978). *The Biological Basis of Schizophrenia*. Lancaster: England. doi:10.1007/978-94-011-6206-7
- Henry, L.P., Amminger, G.P., Harris, M.G., Yuen, H.P., Harrigan, S.M., Prosser, A.L., ... McGorry, P. D. (2010). The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: longer-term clinical and functional outcome 7 years after index admission. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(6), 716–728. doi:http://dx.doi.org/10.4088/JCP.08m04846yel
- Hofmann, B. (2014). *Hva er sykdom?* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., Heiden, W.a.D., Hambrecht, M. & Schultze-Lutter, F. (2003). Modeling the early course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 325–340. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007008
- Jackson, H.J. & McGorry, P.D. (1999). *The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach*. New York: Cambridge University Press.
- Jacob, K. (2016). Insight in psychosis: An indicator of severity of psychosis, an explanatory model of illness, and a coping strategy. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(3), 194–201. doi:10.4103/0253-7176.183078
- Jacobson, N. & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 333–341. doi:10.1037/h0095146
- Jansen, J.E., Pedersen, M.B., Hastrup, L.H., Haahr, U.H. & Simonsen, E. (2018). Important first encounter: Service user experience of pathways to care and early detection in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(2), 169–176. doi:10.1111/eip.12294
- Jansen, J.E., Woldike, P.M., Haahr, U.H. & Simonsen, E. (2015). Service user perspectives on the experience of illness and pathway to care in first-episode psychosis: a qualitative study within the TOP project. *Psychiatric Quarterly*, 86(1), 83–94. doi:10.1007/s11126-014-9332-4
- Jenkins, R. (2004). *Social Identity* (2 utg.). London: Routledge.

- 
- Harding, C.M., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S. & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144(6), 727–735.
- Joa, I., Johannessen, J.O., Auestad, B., Friis, S., McGlashan, T., Melle, I., ... Larsen, T.K. (2008). The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 466–472. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm095>
- Joa, I. (2010). *The Importance of Information Campaigns in the Early Detection of Psychosis: A Historical Comparison Study*. (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen.
- Joa, I., Gisselgård, J., Brønnick, K., McGlashan, T. & Johannessen, J.O. (2015). Primary prevention of psychosis through interventions in the symptomatic prodromal phase, a pragmatic Norwegian Ultra High Risk study. *BMC Psychiatry*, 15, 89. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0470-5>
- Johannessen, J.O., Friis, S., Joa, I., Haahr, U., Larsen, T.K., Melle, I., ... McGlashan, T. (2007). First-episode psychosis patients recruited into treatment via early detection teams versus ordinary pathways: course, outcome and health service use during first 2 years. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(1), 40–48. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00003.x>
- Johannessen, J. (2001). Early recognition and intervention: the key to success in the treatment of schizophrenia? *Disease Management & Health Outcomes*, 9(6), 317–327. doi: 10.2165/00115677-200109060-00003
- Johannessen, J.O., Joa, I., Larsen, T.K. & Langeveld, J. (2013). The development of early intervention services. I J. Read & J. Dillon (red.), *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Psychosis* (2. utg., s. 345-360). New York: Routledge.
- Johannessen, J.O., Larsen, T.K., Joa, I., Melle, I., Friis, S., Opjordsmoen, S., ... McGlashan, T.H. (2005). Pathways to care for first-episode psychosis in an early detection healthcare sector: part of the Scandinavian TIPS study. *The British Journal of Psychiatry*, 187(48) (supplement), 24–28. doi:10.1192/bjp.187.48.s24
- Johannessen, J.O., Martindale, B.V. & Cullberg, J. (2006). *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Johannessen, J.O., McGlashan, T.H., Larsen, T.K., Horneland, M., Joa, I., Mardal, S., ... Vaglum, P. (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 51(1), 39–46.
- Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. doi:10.1037/a0025957
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J.J., Saha, S., Isohanni, M., ... Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in

- 
- schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296–1306.  
doi:10.1093/schbul/sbs130
- Kane, J.M., Robinson, D.G., Schooler, N.R., Mueser, K.T., Penn, D.L., Rosenheck, R.A., ... Heinssen, R.K. (2016). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 362–372.  
doi:10.1176/appi.ajp.2015.15050632
- Karlsen, K. (2012). *Veileder for utredning av barn og ungdom med schizofreni og psykosespekterlidelser*. Oslo: TIPS Sør-Øst, Oslo universitetssykehus.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276.  
<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kinn, L., Holgersen, H., Aas, R. & Davidson, L. (2014). “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
- Koehler, B., Silver, A. & Karon, B. (2013). Psychodynamic approaches to understanding psychosis: Defences against terror. I J. Read & J. Dillon (red.), *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. (2. utg., s. 238–248). London: Routledge.
- Kringlen, E. (2011). *Psykiatri* (10. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage.
- 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: A systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *European Psychiatry*, 41(6) (supplement), 819.  
doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1595
- Langeveld, J., Joa, I., Larsen, T.K., Rennan, J.A., Cosmovici, E. & Johannessen, J.O. (2011). Teachers’ awareness for psychotic symptoms in secondary school: the effects of an early detection programme and information campaign. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(2), 115–121. doi:10.1111/j.1751-7893.2010.00248.x
- Larsen, J.A. (2007). Understanding a complex intervention: person-centred ethnography in early psychosis. *Journal of Mental Health*, 16(3), 333–345.  
doi: 10.1080/09638230701299186
- Larsen, T.K. (2002). Tidlig påvisning av schizofreni – er primærprofylakse mulig? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 122(20), 2015–2018.  
<https://tidsskriftet.no/utgave/1723>

- 
- Larsen, T.K., McGlashan, T.H., Johannessen, J.O., Friis, S., Guldberg, C., Haahr, U., ... Vaglum, P. (2001). Shortened duration of untreated first episode of psychosis: changes in patient characteristics at treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1917–1919. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.11.1917
- Larsen, T.K., McGlashan, T.H. & Moe, L. C. (1996). First-episode schizophrenia. I. Early course parameters. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 241–256. <https://psycnet.apa.org/fulltext/1996-04727-004.html>
- Larsen, T.K., Melle, I., Auestad, B., Friis, S., Haahr, U., Johannessen, J.O., ... McGlashan, T. (2006). Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 758–764. doi:10.1093/schbul/sbl005
- Larsen, T.K., Melle, I., Auestad, B., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J.O., ... McGlashan, T. (2011). Early detection of psychosis: positive effects on 5-year outcome. *Psychological Medicine*, 41(7), 1461–1469. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291710002023
- Lavis, A., Lester, H., Everard, L., Freemantle, N., Amos, T., Fowler, D., ... Birchwood, M. (2015). Layers of listening: Qualitative analysis of the impact of early intervention services for first-episode psychosis on carers' experiences. *The British Journal of Psychiatry*, 207(2), 135–142. doi:http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.114.146415
- Law, H. & Morrison, A. P. (2014). Recovery in psychosis: a Delphi study with experts by experience. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1347–1355. doi:10.1093/schbul/sbu047
- Lawless, M., Augoustinos, M. & Lecouteur, A. (2018). “Your brain matters”: Issues of risk and responsibility in online dementia prevention information. *Qualitative Health Research*, 28(10), 1539–1551. doi:10.1177/1049732317732962
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Levine, B. & Land, H.M. (2016). A meta-synthesis of qualitative findings about dance/movement therapy for individuals with trauma. *Qualitative Health Research*, 26(3), 330–344. doi:10.1177/1049732315589920
- Liberman, R.P. & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: A concept in search of research. *Psychiatric Services*, 56(6), 735–742. doi:10.1176/appi.ps.56.6.735
- Lincoln, Y.S., Lynham, S.A. & Guba, E.G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, Revisited. I.N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (red.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (4. utg., s. 91–128). Los Angeles: Sage.
- Linszen, D., Dingemans, P. & Lenior, M. (2001). Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical

- 
- implications. *Schizophrenia Research*, 51(1), 55–61. doi:10.1016/s0920-9964(01)00239-0
- 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
- Llewellyn-Beardsley, J., Rennick-Egglestone, S., Callard, F., Crawford, P., Farkas, M., Hui, A., ... Slade, M. (2019). Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. *PLOS ONE*, 14(3), e0214678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214678>
- Lloyd-Evans, B., Crosby M, Stockton, S., Pilling, S., Hobbs, L., Hinton, M. & Johnson, S. (2011). Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 198(4), 256–263. doi:<http://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075622>
- Longdon, E. & Read, J. (2017). ‘People with problems, not patients with illnesses’: Using psychosocial frameworks to reduce the stigma of psychosis. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 54(1), 24–30.
- Loughlin, M., Bucci, S., Brooks, J. & Berry, K. (2019). Service users’ and carers’ experiences of engaging with early intervention services: A meta-synthesis review. *Early Intervention in Psychiatry*. , 1-11. <https://doi.org/10.1111/eip.12803>
- Lysaker, P.H. & Buck, K.D. (2008). Is recovery from schizophrenia possible? An overview of concepts, evidence, and clinical implications. *Primary Psychiatry*, 15(6), 60–65.
- 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:<https://doi.org/10.1093/schbul/sbn077>
- Macbeth, A. & Gumley, A. (2008). Premorbid adjustment, symptom development and quality of life in first episode psychosis: a systematic review and critical reappraisal. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(2), 85–99.
- Malla, A., Joobar, R. & Garcia, A. (2015). “Mental illness is like any other medical illness”: a critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(3), 147–150. doi: 10.1503/jpn.150099
- Malla, A.K. & Norman, R.M.G. (2002). Early intervention in schizophrenia and related disorders: advantages and pitfalls. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(1), 17–23. doi:10.1097/00001504-200201000-00004
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Maric, N.P., Raballob, A., Kuzmanc, M.R., Petrovicd, S.A., Klosterköttere, J. & Riecher-Rösslerf, A. (2017). European status and perspectives on early detection and intervention in at-risk mental state and first episode psychosis: Viewpoint from the EPA section for prevention of mental disorders. *European Psychiatry*, 46, 48–5. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.08.003

- 
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and in cohorts of first-episode outcome patients – a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 975–983. doi:10.1001/archpsyc.62.9.975
- Mazza, M., Di Michele, V., Pollice, R., Casacchia, M. & Roncone, R. (2008). Pragmatic language and theory of mind deficits in people with schizophrenia and their relatives. *Psychopathology*, 41(4), 254–263. doi:10.1159/000128324
- McCarthy-Jones, S., Marriott, M., Knowles, R., Rowse, G. & Thompson, A.R. (2013). What is psychosis? A meta-synthesis of inductive qualitative studies exploring the experience of psychosis. *Psychosis*, 5(1), 1–16. doi:10.1080/17522439.2011.647051
- McClellan, J., Breiger, D., McCurry, C. & Hlastala, S.A. (2003). Premorbid functioning in early-onset psychotic disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(6), 666–672. doi:10.1097/01.CHI.0000046844.56865.6B
- McClellan, J. & Werry, J. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7) (supplement), 4–23. doi:https://doi.org/10.1097/00004583-200107001-00003
- McCrone, P. (2012). Does early intervention for psychosis services make economic sense? *Mental Health Today*, 30–33, ISSN: 1474-5186
- McGorry, P., Killackey, E. & Yung, A.R. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Medical Journal of Australia*, 187, 8–10. doi: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb01327.x
- McGorry, P.D. (2006). The recognition and optimal management of early psychosis: Applying the concept of staging in the treatment of psychosis. *Evolving psychosis* (s. 19–34). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- McGorry, P.D. (2015). Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 203(5), 310–318. doi:http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000284
- McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S.M. & Jackson, H.J. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 305–326.
- McGorry, P.D., Killackey, E. & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148–156.
- McGorry, P.D., Yung, A. & Phillips, L. (2001). Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophrenia Research*, 51(1), 17–29. doi: 10.1016/S0920-9964(01)00235-3
- Megan, A.P., Gerald, J., Shruthi, V., Ashok, K.M. & Srividya, N.I. (2018). “Everyone has a role”: Perspectives of service users with first-episode psychosis, family caregivers, treatment providers, and policymakers on responsibility for supporting individuals with mental health problems.

- 
- Qualitative Health Research*, 29(9), 1299–1312.  
<https://doi.org/10.1177/1049732318812422>
- Melle, I., Larsen, T.K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J.O., Opjordsmoen, S., ... McGlashan, T. (2004). Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Archives of General Psychiatry*, 61(2), 143–150. doi:10.1001/archpsyc.61.2.143
- Menezes, N.M., Arenovich, T. & Zipursky, R.B. (2006). A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 36(10), 1349–1362. doi:10.1017/S0033291706007951
- Moncrieff, J. (2013). *The Bitterest Pills: The Troubling Story of Antipsychotic Drugs*. Houndmills: Palgrave MacMillan.
- Morrison, A.P., Wardle, M., Hutton, P., Davies, L., Dunn, G., Brabban, A., ... Turkington, D. (2013). Assessing cognitive therapy instead of neuroleptics: Rationale, study design and sample characteristics of the ACTION trial. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 5(1), 82–92. doi:http://dx.doi.org/10.1080/17522439.2012.756539
- Murphy, J., Shevlin, M., Houston, J. & Adamson, G. (2012). A population based analysis of subclinical psychosis and help-seeking behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 360–367. doi:10.1093/schbul/sbq092
- Murry, A. & Carpiniello, B. (2018). Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia. A review. *Neuroscience Letters*, 669, 59–67. doi.org/10.1016/j.neulet.2016.10.003
- 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
- NICE. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline [CG178]*. National Institute for Clinical Excellence.
- Noblit, G.W. & Hare, R.D. (1988). *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies* (11. utg.). Newbury Park, California: Sage Publications.
- Nordentoft, M., Mortensen, P.B. & Pedersen, C.B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1058–1064. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113
- Norman, R.M.G., Malla, A.K., Manchanda, R., Harricharan, R., Takhar, J. & Northcott, S. (2005). Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 80(2–3), 227–234. doi:10.1016/j.schres.2005.05.006
- Oliver, D., Davies, C., Crossland, G., Lim, S., Gifford, G., McGuire, P. & Fusar-Poli, P. (2018). Can we reduce the duration of untreated psychosis? A systematic review and meta-analysis of controlled interventional studies. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1362–1372. doi:10.1093/schbul/sbx166
- Onken, S.J., Craig, C.M., Ridgway, P., Ralph, R.O. & Cook, J.A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9–22. <http://dx.doi.org/10.2975/31.1.2007.9.22>



- 
- Oute, J., Huniche, L., Nielsen, C.T. & Petersen, A. (2015). The politics of mental illness and involvement – a discourse analysis of danish anti-stigma and social inclusion campaigns. *Advances in Applied Sociology*, 5(11), 273–285. <http://dx.doi.org/10.4236/aasoci.2015.511026>
- Palmer, B.W., Dawes, S.E. & Heaton, R.K. (2009). What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia? *Neuropsychology Review*, 19(3), 365–384. doi:10.1007/s11065-009-9109-y
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Patton, M.Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4. utg.). Los Angeles, California: Sage.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., ... & Härkänen, T. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry*, 64(1), 19–28.
- Perkins, D.O., Gu, H., Boteva, K. & Lieberman, J.A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: A critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1785–1804. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1785
- 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
- Pilgrim, D. (2008). ‘Recovery’ and current mental health policy. *Chronic Illness*, 4(4), 309–310. doi:10.1177/1742395308098887
- Pinkham, A.E. (2014). Social cognition in schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(2), 14–19. doi:<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.4088/JCP.13065su1.04>
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Ramon, S. (2018). The place of social recovery in mental health and related services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1–14. doi: 10.3390/ijerph15061052
- Ramon, S., Shera, W., Healy, B., Lachman, M. & Renouf, N. (2009). The rediscovered concept of recovery in mental illness: A multicountry comparison of policy and practice. *International Journal of Mental Health*, 38(2), 106–126. doi:10.2753/IMH0020-7411380205
- Raskin, J.D. (2019). *Abnormal Psychology: Contrasting Perspectives*. Basingstoke: Macmillan interantional.
- Read, Mosher, L. & Bentall, R. (2013). ‘Schizophrenia’ is not an illness. I J. Read & J. Dillon (red.), *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Psychosis* (2 utg., s. 3–33). New York: Routledge.
- Read, J. (2010). Can poverty drive you mad? ‘Schizophrenia’, socio-economic status and the case for primary prevention. *New Zealand Journal of Psychology*, 39(2), 7–19.

- 
- Read, J. (2013a). Biological psychiatry's lost cause: The 'schizophrenic' brain. I J. Read & J. Dillon (red.), *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Psychosis* (2. utg., s. 62–71). New York: Routledge.
- Read, J. (2013b). The invention of 'schizophrenia'. I J. Read & J. Dillon (red.), *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Psychosis*. (2 utg., s. 20–33). New York: Routledge.
- Read, J. & Dillon, J. (red.). (2013). *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Psychosis* (2. utg.). New York: Routledge.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L. & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303–318. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x>
- Read, J., Johnstone, L. & Taitimu, M. (2013). Psychosis, poverty and ethnicity. I J. Read & J. Dillon (red.), *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Psychosis* (2 utg., s. 191-209). New York: Routledge.
- Regjeringen. (2015, 26. november). *Medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern - oppfølging av oppdrag 2015*. Hentet 30. september 2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern---oppfolging-av-oppdrag-2015/id2464239/>.
- Rickwood, D.J., Deane, F.P. & Wilson, C.J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187(7) (supplement), 35–39. doi: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x
- Roe, D. & Davidson, L. (2005). Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story. *Medical Humanities*, 31(2), 89–94. doi:10.1136/jmh.2005.000214.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J. & McGrath, J. (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLOS Medicine*, 2(5), 1549-1676. doi:10.1371/journal.pmed.0020141
- Sandelowski, M. & Barroso, J. (2007). *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. New York: Springer.
- Sarbin, T.R. (1986). *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct*. New York: Praeger.
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S.J., Schimmelmann, B.G., Maric, N.P., Salokangas, R.K., ... Klosterkötter, J. (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(3), 405–416. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.010>
- Silverstein, S.M. & Bellack, A.S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1108–1124. doi:10.1016/j.cpr.2008.03.004
- Singh, S.P. & Grange, T. (2006). Measuring pathways to care in first-episode psychosis: a systematic review. *Schizophrenia Research*, 81(1), 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.09.018>

- 
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 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., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J. & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 21*(4), 353–64. doi:10.1017/S2045796012000133
- Slade, M. & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry, 15*, 285. doi:10.1186/s12888-015-0678-4
- Solvang, P.K. (2011). Hvor normalt er det å være normal? *Tidsskriftet sykepleien, 99*(14), 78–79.
- Starrin, B. & Rønning, R. (2009). *Sosial kapital i et velferdsperspektiv: om å forstå og styrke utsatte grupperes sosiale forankring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stein, K.F. & Markus, H.R. (1994). The organization of the self: an alternative focus for psychopathology and behavior change. *Journal of Psychotherapy Integration, 4*(4), 317–353. <http://dx.doi.org/10.1037/h0101162>
- Stige, S.H., Binder, P.-E., Rosenvinge, J.H. & Træen, B. (2013). Stories from the road of recovery – How adult, female survivors of childhood trauma experience ways to positive change. *Nordic Psychology, 65*(1), 3–18. doi:10.1080/19012276.2013.796083
- Stilo, S.A., Di Forti, M., Mondelli, V., Falcone, A.M., Russo, M., O'Connor, J., ... Morgan, C. (2013). Social disadvantage: Cause or consequence of impending psychosis? *Schizophrenia Bulletin, 39*(6), 1288–1295. doi:10.1093/schbul/sbs112
- Stuart, S.R., Tansey, L. & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health, 26*(3), 291–304. doi:10.1080/09638237.2016.1222056.
- Swain, J. & French, S. (2000). Towards an affirmation model of disability. *Disability & Society, 15*(4), 569–582. doi:10.1080/09687590050058189
- Søvik, O. (2001). Sykdomsbegrepet i historisk og dagsaktuell sammenheng. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 121*(22), 2624–2627.
- Tajfel, H. (1978). Social categorization, social identity and social comparison. I H. Tajfel (red.), *Differentiation Between Social Groups* (s. 61–76. ). London: Academic Press.
- Tarbox, S.I. & Pogue-Geile, M.F. (2008). Development of social functioning in preschizophrenia children and adolescents: A systematic review. *Psychological Bulletin, 134*(4), 561–583. doi:10.1037/0033-2909.34.4.561
- Tew, J. (2013). Recovery capital: what enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work, 16*(3), 360–374. doi:10.1080/13691457.2012.687713

- 
- 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. *The British Journal of Social Work*, 42(3), 443–460. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr076>
- Thorne, S. (2017). Metasynthetic madness: What kind of monster have we created? *Qualitative Health Research*, 27(1), 3–12. doi:10.1177/1049732316679370
- Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(1), 14–19. doi:10.1017/S1121189X00002621
- Timulak, L. (2009). Meta-analysis of qualitative studies: A tool for reviewing qualitative research findings in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 591–600. doi:10.1080/10503300802477989
- 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., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I. & Davidson, L. (2006). Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 17–37. doi:<https://doi.org/10.1080/15487760500339410>
- Topor, A., Skogens, L. & Von Greiff, N. (2018). Building trust and recovery capital: the professionals' helpful practice. *Advances in Dual Diagnosis*, 11(2), 76–87. doi:10.1108/ADD-11-2017-0022
- Tranulis, C., Lepage, M. & Malla, A. (2008). Insight in first episode psychosis: who is measuring what? *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1), 34–41. doi:10.1111/j.1751-7893.2007.00054.x
- van Der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D.H., Yung, A.R., ... Cuijpers, P. (2013). Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia Research*, 149(1–3), 56–62. doi:10.1016/j.schres.2013.07.004
- van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. Albany: State University of New York Press.
- van Os, J., Kenis, G., & Rutten, B.P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 203–212. doi:10.1038/nature09563
- van Schalkwyk, G.I., Davidson, L. & Srihari, V. (2015). Too late and too little: Narratives of treatment disconnect in early psychosis. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 521–532. doi:10.1007/s11126-015-9348-4
- Veseth, M. (2014). Folk blir bedre: Hva kan vi lære av menneskers egne erfaringer med vekst og positiv utvikling ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(1), 29–35.
- Veseth, M., Binder, P.E., Borg, M. & Davidson, L. (2017). Collaborating to stay open and aware: Service user involvement in mental health research as an aid in reflexivity. *Nordic Psychology*, 69(4), 256–263. doi:10.1080/19012276.2017.1282324

- 
- Veseth, M., Moltu, C., Svendsen, T.S., Nesvåg, S., Slyngstad, T.E., Skaalevik, A.W. & Bjornestad, J. (2019a). A stabilizing and destabilizing social world: Close relationships and recovery processes in SUD. *Journal of Psychosocial Rehabilitation in Mental Health*, 6(1), 93–106. doi: 10.1007/s40737-019-00137-9
- Veseth, M. & Skjølberg, Å. (2016). Lidelse kan lettes og gode liv leves. Bedringsprosse ved alvorlige psykiske lidelser. I K. Underlid, K. Dyregrov & F. Thuen (red.), *Krevende livserfaringer og psykisk helse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Walker, M.T. (2006). The social construction of mental illness and its implications for the recovery model. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(1), 71–87. Hentet fra [https://www.psychosocial.com/IJPR\\_10/Social\\_Construction\\_of\\_MI\\_and\\_Implications\\_for\\_Recovery\\_Walker.html](https://www.psychosocial.com/IJPR_10/Social_Construction_of_MI_and_Implications_for_Recovery_Walker.html)
- Ware, N., Tugenberg, T. & Dickey, B. (2004). Practitioner relationships and quality of care for low-income persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 55(5), 555–559. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.55.5.555>
- Warner, R. (2005). Problems with early and very early intervention in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 187(48) (supplement), 104–107. doi:10.1192/bjp.187.48.s104
- Warner, R. (2008). Implementing local projects to reduce the stigma of mental illness. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(1), 20–25. doi:10.1017/S1121189X00002633
- Wertz, F.J. (2011). *Five Ways of Doing Qualitative Analysis: Phenomenological Psychology, Grounded Theory, Discourse Analysis, Narrative Research and Intuitive Inquiry*. New York: Guilford Press.
- Wetherell, M. (2007). A step too far: discursive psychology, linguistic ethnography and questions of identity. *Journal of sociology*, 11(5), 661–681. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9841.2007.00345.x>
- WHO. (1973). *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39405>
- WHO. (2008). *Mental Health Gap Action Plan. Scaling up for mental, neurological and substance use disorders*. Hentet fra [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43809/9789241596206\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43809/9789241596206_eng.pdf)
- WHO. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Hentet fra [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)
- WHO. (red.) (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Genève: Verdens helseorganisasjon.
- Williams, P. (2014). *Rethinking Madness: Towards a Paradigm Shift in Our Understanding and Treatment of Psychosis*. San Francisco, California: Sky's Edge.

- 
- Williams, V.C., Deane, F.P., Oades, L.G., Crowe, T.P., Ciarrochi, J. & Andresen, R. (2016). Enhancing recovery orientation within mental health services: expanding the utility of values. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 11(1), 23–32. doi:10.1108/JMHTEP-09-2015-0042
- Windell, D., Norman, R. & Malla, A.K. (2012). The personal meaning of recovery among individuals treated for a first episode of psychosis. *Psychiatric Services*, 63(6), 548–553. doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201100424
- World Medical Association. (2018, 9. juli). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wunderink, L., Nieboer, R.M., Wiersma, D., Sytema, S. & Nienhuis, F.J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70(9), 913–920. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.19
- Zubin, J., Spring, B. & Eron, L. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126. doi:10.1037/0021-843X.86.2.103
- Aarre, T.F., Bugge, P. & Juklestad, S.I. (2009). *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.









RESEARCH

Open Access



# “We all have a responsibility”: a narrative discourse analysis of an information campaign targeting help-seeking in first episode psychosis

Hege Hansen<sup>1\*</sup>, Signe Hjelen Stige<sup>2</sup>, Christian Moltu<sup>3</sup>, Jan Olav Johannessen<sup>4,5</sup>, Inge Joa<sup>4,5</sup>, Sveinung Dybvig<sup>4</sup> and Marius Veseth<sup>2</sup>

## Abstract

**Background:** Intervening at an early stage of psychosis improves the chances of recovery from first-episode psychosis. However, people who are experiencing distress and early psychotic symptoms generally seem to delay seeking help. Therefore, multifaceted information campaigns targeting help-seeking behavior of potential patients and their network are considered important tools within early detection and intervention strategies. In this study, we aimed to explore which discursive meaning content, including roles and actors, such information campaigns build on and construct. Our intention was not to provide objective answers, but to contribute to a discursive debate about potential conflicts in messages conveyed in such campaigns.

**Methods:** A broad sample of information material utilized by TIPS Stavanger University Hospital (Norway) was examined. The material consisted of posters, booklets and brochures, newspaper ads, Facebook ads, and TIPS Info's website, representing various campaigns from 1996 to April 2018. A narrative discursive approach was applied at an epistemological level. At a practical level, a team-based thematic analysis was utilized to identify patterns across data.

**Results:** Diversity and several changes in strategy were recognized throughout the information material. Furthermore, three main themes and four subthemes were found to constitute the meaning content built in the information campaigns: knowledge is key; (almost) an illness among illnesses; and we all have a responsibility (comprising of the subthemes; to respond quickly; to step in; to provide an answer; and to tag along).

**Conclusion:** Our findings pointed to common dilemmas in mental health services: How to combine professional expert knowledge with collaborative practices that emphasize shared decision-making and active roles on behalf of patients? How to combine a focus on symptoms and illness and simultaneously express the importance of addressing patients' recourses? And how can we ask for societal responsibility in help-seeking when professionals are placed in expert positions which may not be optimal for dialogue with potential patients or their network? We discuss whether highlighting practices with more weight on resources and active roles for patients and their surroundings in information campaigns could promote earlier help-seeking.

**Keywords:** First-episode psychosis, Psychosis, Help-seeking, Early detection, Early intervention, Information campaigns, Discourse, Social responsibility

\*Correspondence: hege.hansen@hvl.no

<sup>1</sup> Department of Welfare and Participation, Western Norway University of Applied Sciences, Postbox 7030, 5020 Bergen, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



## Background

Psychotic symptoms may include delusions, hallucinations (auditory, visual or tactile) and disorganized cognition [1]. Psychosis can be a single episode or recurring as part of a psychotic disorder, e.g. schizophrenia. First-episode psychosis often occurs in late adolescence or early adulthood and greatly influences the lives of those who are affected and their families. Long-term studies have documented considerably better prognoses for psychotic disorders than early research indicated [2]. Substantial research during the last decades also documents that intervening at an early stage of psychosis plays an important role in improving the chances of recovery [3–7]. In consequence, early detection and intervention strategies are now implemented in several local and some national mental health services in most parts of the world [8]. One important aim of these strategies is to reduce the ‘duration of untreated psychosis’ (DUP)—as well as shortening the length of the psychotic episode and preventing relapses [7, 9]. However, it is still considered a major problem that people generally seek help too late [10]. People who develop psychosis often go untreated for as long as 2 to 3 years before they get in contact with the mental health system [11].

Research has revealed that people may experience longer trajectories of subjective distress than what was emphasized in the focus on DUP [12]. A recent systematic review and meta-synthesis explored distinct sources of distress in the first-person accounts of 33 qualitative studies of first-episode psychosis. It emphasized the diverse and multifaceted nature of both interpersonal and intrapersonal strains in the lives of people experiencing psychosis [13]. Furthermore, qualitative studies have focused on how people experienced contact with early intervention services for psychosis. In a literature review and meta-synthesis of 17 qualitative studies, five broad themes described the process of meeting with and going through such services: something is wrong; do for myself, it’s about people; a price to pay; and ongoing vulnerability [14]. Similarly, Tindall, Simmons, Allott and Hamilton [15] explored help-seeking processes and initial engagement and found five key topics based on a summary and analysis of nine interview studies: experiences of finding help; factors promoting engagement; the therapeutic relationship; the role of caregivers in supporting engagement; and factors impacting ongoing engagement. Moreover, a qualitative sub-study of the ‘Early Treatment and Intervention in Psychosis Study’ (TIPS-2), focusing on obstacles to care in first-episode psychosis patients with long DUP, identified five themes: participants’ failure to recognize symptoms of psychosis; difficulties expressing their experiences; concerns about stigma; poor psychosis detection skills among health-care professionals; and

participants’ lack of awareness or understanding of information campaigns [16].

One explanation for the treatment delay may be that early signs of psychosis, such as social withdrawal, anxiety, sleep difficulties, concentration and memory problems, partly overlap with natural challenges in youth and symptoms of other mental health problems [17]. There is also considerable stigma associated with psychosis and mental health services which impacts help-seeking behavior [18, 19]. Additionally, public knowledge (mental health literacy) and beliefs about psychosis and specific symptoms are regarded as lacking or inadequate [20, 21]. Information campaigns therefore represent a central part of early detection and intervention strategies and are considered an important tool to alter help-seeking behavior [22, 23]. In a systematic review and meta-analysis, Lloyd-Evans et al. [24] found promising evidence for interventions applying intensive, multi-targeted campaigns—combined with easy accessible early detection (ED) teams. The TIPS study, the Scandinavian early intervention in psychosis, demonstrated that it was possible to reduce DUP significantly. Multi-targeted information campaigns played a significant role in this work [7, 9]. Hence, we do have some knowledge about how young adults and their families experience the period before and during contact with ED-services. Research also indicates little public knowledge about psychotic symptoms, and that multi-targeted information campaigns are the most effective way to provide information directed at help-seeking behavior [20, 21, 24]. However, we lack knowledge about the messages that are conveyed to potential patients and their surroundings in such multi-targeted campaigns.

At the same time, there are clearly challenges related to the implementation of ED and information campaigns. For example, psychosis is not a straightforward concept. In fact, scientists do not yet fully understand the nature of this condition. It is still debated what role different factors such as biological, psychological and social aspects play [25]. As a consequence, summarizing our knowledge to the general public through information campaigns is a complex enterprise as there is no real consensus on what psychosis is or what causes it [26]. In addition, multi-targeted information campaigns communicate slightly different messages to several audiences simultaneously—the person who may be affected, family, friends, teachers, health- and social workers, as well as the public in general—adding multiple facets to this challenge. Given the central role information campaigns play in early detection and intervention efforts and considering the demanding landscape they have to maneuver, we aimed to research which meaning content is built into such multi-targeted campaigns. Further, we aimed to explore

what actors and roles information campaigns build on and construct.

## Methods

To explore the research questions we examined all the information material utilized by TIPS Stavanger University Hospital (Norway) from 1996 to April 2018. TIPS Stavanger is particularly interesting as their program is one of the most comprehensive interventions internationally, providing a broad and diverse spectrum of material to select from. They have also documented significant reduction in DUP, and explicitly and systematically used information campaigns in this work [7, 9, 22, 23].

The present article is a composite of interrelated methodological and theoretical approaches. On an epistemological level, we used a discursive [27–29] and narrative-inspired [30–32] perspective to explore the meaning content of the information material. A discursive approach involves studying the action-oriented nature of language [27, 29]. Through a focus on the functional aspects of language, reality is regarded as constructed, and at the same time constructive, as language builds various versions of the world, actions, and events [29, 33–35]. A narrative approach rests on the premise that people live and/or understand their lives in storied forms, meaning that events are connected together as a plot and played out in a context, e.g. in a particular society, culture and period of time [34, 36]. We used the discursive-language element to examine and discuss how messages built in language (and pictures) seemed to construct certain roles and actors, and how these constructs aimed at eliciting certain functions. The narrative element provided us with a perspective on how various messages or language elements could be integrated into more coherent stories or narratives told in the data material.

We chose thematic analysis [37] as the practical tool for analysis. This is a flexible method that seeks to identify, describe and analyze patterns across data and may be applied across various theoretical and epistemological qualitative approaches [37]. We used a team-based approach to this analysis [38] to emphasize reflexivity [39, 40]. This means we noted our own presence in the study and how our positions influenced the research processes and outcome.

## Settings for the present study

TIPS in Stavanger, Rogaland (Norway) started their work in 1996 and was initially designed to test whether early timing of treatment could improve trajectories in first-episode psychosis [7]. The ED part of the program is made up of two main elements: broad and multi-targeted information campaigns directed at the general public, schools and professional health personnel,

in combination with accessible early detection teams located in the specialized mental health care system [7, 23]. The program aims to change the help-seeking behavior of the population in the designated catchment area [10, 22, 23]. Second, early treatment is offered as a standardized 2-year standard protocol, which includes antipsychotic medication, supportive psychotherapy and multi-family psychoeducation [7, 41]. This combination of using multi-targeted campaigns and ED-teams was groundbreaking when the intervention was first developed and implemented.

## Data material and data collection

The data material consisted of all newspaper and Facebook ads, TIPS Info's website (<http://www.tips-info.com>), posters, booklets and brochures (including one brochure directed at mental health workers) developed and used by TIPS from when they started their work in 1996 up until April 2018. The data was collected by the first author (H.H.) in collaboration with TIPS, Stavanger University Hospital. First, we arranged a meeting between J.O.J. and S.D. from TIPS Stavanger and H.H. to get an overview of the potential data material. TIPS provided both physical ads and posters, in addition to a data file containing relevant information material from their campaigns. Second, H.H. collected digital data through TIPS Info's Facebook site (available from 2009 to 2018) and website. The complete data material was then checked by three of the authors, H.H., S.H.S., and M.V., for the following inclusion criteria: The data material had to (a) be directed at early detection/intervention in relation to first-episode psychosis (text and/or picture), (b) be marked with TIPS Stavanger's logo and (c) be TIPS Stavanger's (original) material. To avoid considerable incongruity in the material, we excluded longer texts, such as newspaper articles and radio- and video clips from TIPS Stavanger. Links to other Facebook pages (non-TIPS-material), courses, conferences or other institutions' information posted on TIPS' Facebook page were also excluded. The included data material was thereafter sent to J.O.J. and S.D. to assess whether it reflected the diversity and nuances in TIPS' information campaigns. The final data material consisted of a total of 149 pages (collected between January and April 2018) representing various campaigns from 1996 to 2018.

## Researchers

H.H., S.H.S., C.M., and M.V. were a part of the analytical team, and H.H., J.O.J. and S.D. collected the data. I.J. related the study to the literature on early intervention. H.H. is a social worker and research fellow at Western Norway University of Applied Sciences and principle investigator of this study. S.H.S., C.M., and M.V. are

clinical psychologists. S.H.S. and M.V. are associate professors at the University of Bergen, whilst C.M. is a professor at Western Norway University of Applied Sciences. J.O.J. is a psychiatrist and professor, and I.J. is a nurse and associate professor, both working at TIPS, Stavanger University Hospital and University of Stavanger. S.D. is a communication advisor at TIPS, Stavanger University Hospital. The researchers from TIPS have contributed to developing the TIPS intervention and information campaigns, and provided scientific oversight in the present study. All authors have commented on the paper and contributed to the final concept development.

### Data analysis

The analysis was performed by the four researchers (outsiders to the data material) in the analytical team (H.H., S.H.S., C.M., and M.V.). Six steps from Braun & Clarke [37] were applied to guide the analysis:

1. To become *familiarized* with the data, the material was read and re-read. Preliminary features relevant to our research questions were also considered. In addition, we discussed how the analysts' positions as socially oriented researchers would influence what we were looking for, as well as the directions of our interpretations [38, 40].
2. *Codes* identifying semantic and/or latent content were initially noted by the individual researcher in the analytical team. We used an open-ended and explorative approach [38, 40] to catch different and nuanced messages in the data—and identify the actors involved (e.g. mental health professionals, patients, family, etc.). Text and associated pictures were viewed as a whole and we focused on the way they communicated together as a discursive resource [34].
3. In an analytic-meeting, the team searched for *preliminary themes* by sorting the different codes into potential themes. Notes and tape recordings were taken during this interpretive process. A flip-over was used to record tentative themes.
4. The preliminary themes were *reviewed* by going back and forth between the data material and the themes to assure they were grounded in the data—and to extract relevant quotations and pictures to underline the content within each theme [38].
5. The themes were *defined* through the writing of a 'story' for each theme, and considering how it fit into a broader 'story' of the data. They were *refined* through examining possible requirements for additional subthemes. As an integral step of the analytic process, the result of the analysis was sent to J.O.J., I.J. and S.D., who read and commented on it. This

provided important information about the context of the present study and also held an important reflexive function in making us aware of different positions that may follow insider and outsider perspectives.

6. H.H. wrote a *report* in collaboration with the other researchers from the analytical team. The report was written to ensure sufficient evidence of the themes within the data, but also by going beyond descriptions to provide an analytic narrative which illustrated the story we (the outsiders) were telling about the data. The outcome of our analysis was three main themes and four subthemes which we saw as central meaning patterns in the information material. Yet, in discursive and interpretative approaches, many additional questions can be asked. Analysis is therefore never regarded as exhaustive [34].

### Results

In analyzing the data, the analytical team recognized diversity in target groups throughout the material. The ads and brochures were directed toward the general public, as well as more strategic target-groups, i.e. students, teachers, GPs, health- and social workers, etc. In addition, several changes in strategies were identified. We describe this diversity before we turn to the three themes found to constitute the meaning content: (1) *Knowledge is key*, (2) *(Almost) an illness among illnesses* and (3) *We all have a responsibility*.

#### Differentiated target group communications and changes over time

In the early phase of the information campaign (1996–1997), the information material was distributed to all households in the county of Rogaland. At the same time, a range of more demarcated target groups were addressed. This included at risk youth, persons who had already developed early signs of severe mental illness, as well as people who were likely to interact with them: friends/peers, parents, school counsellors/teachers, health- and social workers etc. The ads often had slightly different content depending on who the recipient was meant to be. An example of this is a quote from an ad directed at teachers: "It isn't easy being a teacher when a student changes and you don't know why" (1999). Another example is found in an ad directed at social workers: "Everyone who works at the social office will now and then meet clients with mental health problems" (1999).

The early ads (1996–1999) were directed both at people in general as well as people surrounding those who were vulnerable. More often than not, parents, or mothers in particular, appeared to be the most important target group. For example, in one of the ads the heading said,

“He or she who meets them [the problems] face on will most easily put them behind them” (1998). The text in the ad continued: “Rarely will the person who is struggling with mental health problems be able to contact a doctor. Most of the time it is relatives, friends or coworkers who have to do it” and “You can get help in order to help”.

Another variation we discovered in the data material was that in the beginning (1996–1997) ads started out with an open invitation to contact the early detection team independent of their degree of concern. In time, the ads communicated a slightly more restrictive service—meaning that people should contact them according to the supposed degree of risk. For example, in several Facebook ads (2017) as well as the website (2018) three levels of danger were utilized: green, yellow and red—representing the severity of signs/symptoms. In addition, the later ads (approximately from 2009 to April 2018) also seemed less authoritative than the early ones, as they often used a more suggestive tone, e.g. “If you’re worried about yourself or someone else you can call TIPS” (2017).

Moreover, we found diversity in the way the concepts *mental illness*, *serious mental illness* and *psychosis* were utilized. In many ads, *mental illness* was used in the heading followed by a description of psychosis in the text. In some ads, both *mental illness* and *serious mental illness* were applied, while in others the term *psychosis* was used alone.

Three core categories, or themes, emerged when analyzing this diverse and dynamically changing pool of data for thematic content across ads, across time periods and across target groups. Here, a theme is understood as a basic pattern of communication across contexts. In the following, we present and detail the thematic structure that resulted from the outsiders’ analyses.

## Themes

### *Knowledge is key*

Throughout the information material, knowledge was presented as key to increasing public awareness and altering help-seeking behavior. It was communicated that the content provided in the information material may assist people in understanding what is going on. For example, one ad said: “Read and become wiser...” (1997). As such, knowledge was presented as something that professionals within the mental health services hold. This is also illustrated through a quotation from one of the ads: “Experienced professionals will tell you what you should do, how you can move forward to figure out the situation and how you can get the right treatment or assessment if that’s necessary” (1999). This knowledge was often depicted as specific and objective. An example from one brochure pointed out: “Good treatment is based on solid knowledge and not just viewpoints and ideological beliefs”

(1999). In one of the brochures (1999), the right treatment was described as consisting of mainly three parts: consulting a doctor, psychiatrist or psychologist (psychotherapy), combined with family-oriented therapy and medical treatment. At the same time, it was underlined that one type of treatment does not fit all. Hence, treatment has to be individually tailored.

Furthermore, it is not sufficient that the mental health system holds knowledge. One of the main messages in the information material was that people who meet persons at risk of developing psychosis should know what to look for. Through the information provided, people were told to attain a position in which they are able to help others, illustrated by the following quotation from one of the ads: “The more you know about them [mental illnesses] the easier it is to help the one affected” (1997). It was communicated that the reason why people do not act, is that they lack or do not have the right knowledge. In consequence, a core challenge is to get the information out to the public. An ad stated that “TIPS has a goal of increasing knowledge about mental illnesses so that more people contact health care services earlier and get treatment before the patient develops a serious psychosis” (1999).

Symptoms or signs of psychosis were presented as information that should be an essential part of common knowledge. Almost every ad in the data material listed signs to be aware of. They were presented as early signs of psychosis, serious mental illness (particularly the early ads) and mental health problems, or simply listed without any label. People were told to be alert if a person withdrew from his or her family, friends and colleagues, or if he or she isolated him- or herself. Other signs to look out for were if he or she slept poorly and ate little, stopped taking care of themselves, spoke or wrote about meaningless stuff or expressed inappropriate emotional reactions (e.g. laughing when hearing about sad news). Furthermore, reasons to be on guard included if the person became expressionless or did not react at all, felt persecuted, controlled by voices from outside or believed they had magical capabilities.

Symptoms and diagnoses were also presented on Facebook through a Christmas calendar (2016–2017). Each day, knowledge about one mental health issue was presented, starting with milder symptoms at day one, and gradually increasing the level of severity in the signs presented, e.g. day nine presented hallucinations. An excerpt from the accompanying text stated: “Hallucinations are perceptions which aren’t caused by outer sensations”. The calendar ends with psychosis on day 22—followed by early intervention and prognosis on day 23 and 24. The calendar can be interpreted as a gift to the public, comprising of knowledge as well as hope portrayed through

the possibility of improving the prognosis through early intervention.

In the early ads (1996–1997), knowledge was also seen as key to breaking down old myths about mental health services. References to (and pictures from) the movie “One Flew Over the Cuckoo’s Nest” were, for example, used to illustrate the stigma and myths surrounding mental health institutions. One of the ads expressed: “A lot has happened in treatment of mental illness the last decades, but old myths still endure” (1996) (Additional file 1: Figure S1).

#### ***(Almost) an illness among illnesses***

Many ads communicated that severe mental illnesses had a lot in common with physical illnesses. In this sense, it was communicated that psychosis has to be understood and treated in similar ways to physical illnesses. Several ads explicitly expressed: “Mental illnesses are like other illnesses...” (1996–1997). Occasionally, ads shed light on diagnostic labels, for example “bipolar disorder” or “schizophrenia” (1996–1997). Furthermore, in one of the ads a metaphor of a particular type of cancer, melanoma, was used. This is a type of cancer which the public knew little about and, consequently, many died from. After applying campaigns that raised public awareness of what to look for, experts were able to save many lives because people now sought treatment at an earlier stage. The same rationale seemed to be applied to psychosis, with the exception that the latter is said to be even more difficult to detect. As such, public awareness needs to be raised so that early intervention can be successful.

In the same way as with cancer/melanoma, psychosis was seen as developing in stages. One brochure said, “We see the psychosis as a process, where the psychotic breakthrough or breakdown is a stage of the illness’ development” (1999). As such, psychosis appears to be understood as developing from an early sense of anxiety, with a risk of converting to psychosis if not detected and treated at an early stage. Timely intervention can, however, impede this development. For instance, one ad expressed that: “Psychotic episodes can be prevented” (2015). In addition, psychosis was in part described as a breakdown in rationality and meaning, e.g. one of the signs of psychosis listed in the ads was to “talks and writes about meaningless things” (1998).

However, some ads had a slightly different twist. Instead of comparing mental and physical illness, overlap between these was highlighted at just one point—the need for early intervention. For instance, one ad showed a picture of a bandaged thumb pointing upwards, followed by the heading: “At one point, mental illnesses are just like other illnesses—when the help is provided early

there is a greater chance of getting healthy” (1997) (Additional file 2: Figure S2).

Simultaneously, psychosis was also defined as something different from physical illnesses. For instance, one ad communicated how psychosis or mental illnesses are valued differently than physical illness: “Mental illnesses don’t have the same «status» [as physical illnesses]” (2000–2001), and the same ad stated: “Still, they’re hard to talk about” (2000–2001), which seems to point to the stronger stigma related to mental illnesses.

In addition, it was communicated that psychosis was seen as something other than physical illness, as there is a fine line between psychosis and problematic, yet normal behavior or feelings, e.g. a quote from one ad said: “That teenagers change is natural. When teenagers change noticeably over a short period of time- parents often worry. If teenagers isolate themselves, are silent or seem depressed, it is natural to be on guard” (2012). As such, natural emotions and behavior were expressed as something worrisome if they lasted over a period of time. Accordingly, signs of illness may also be signs of normality, as mental illness is more complicated to uncover than many physical illnesses.

#### ***We all have a responsibility***

A vital message throughout the information material was the importance of reducing the duration of untreated psychosis. Many of the ads emphasized that treatment is often delayed. This was pointed out in the following quotation from one of the ads: “One of the biggest problems in treatment of serious mental illnesses- psychoses- is that the patients come to treatment too late” (1997). As a consequence, we all have a responsibility to detect people with, or at high risk of developing, psychosis, and help them get in contact with mental health services. By doing so, they can receive the treatment they need to get well. In the material, this task was not communicated as a responsibility only for mental health services. Psychosis, or mental illness, was presented as something that concerns everyone. In one of the brochures it said, “All Norwegians know someone with mental health problems” and “Every 15th Norwegian has a serious mental illness” (1998). This underlined a personal as well as a societal responsibility. Both caring for the people who are affected, as well as saving costs for society were presented as justification for the broad approach and its urgency claims. In this line of communication, mental health is not a private issue, it affects us all—mothers, fathers, friends and health workers. Everyone has to play a role to help prevent and alleviate mental health suffering, albeit with different role instructions. The societal responsibility was demonstrated through the next two quotations from one of the ads: “If the sick get help earlier there is a

greater chance of getting healthy and they need less time at the hospital" (1998) and "It saves the society money and the affected will have a better life" (1998).

In our analysis, we developed four subthemes to summarize how we have a shared responsibility (a) to respond quickly; (b) to step in; (c) to provide an answer and (d) to tag along.

*a. To respond quickly. Responsible: All* It was held forth as a fundamental problem that those it may concern rarely contact the mental health services themselves, e.g. as expressed in the following quotation from one ad: "The person affected is rarely able to contact a doctor themselves. That's why it's often someone close to the person who has to do it. That can feel hard and difficult, but it's important to act quickly" (1998). A perpetuating message was conveyed saying that one should contact early detection services promptly if symptoms or signs of psychosis are observed. For instance, several ads used the sentence: "Seek help as soon as possible, that's when you have the greatest chance of getting healthy" (1996–1997). The call for instant action underscored that it is possible to prevent, relieve or delay the onset of serious mental disorders, and that early treatment will be more effective.

In some ads, psychosis was presented as something that evolves gradually and almost unnoticeable. In a sense, it creeps up on you. As a consequence, the ads tell people to be on guard, and that there is a need for constant vigilance. What might seem like normal behavior does not have to be. This is articulated in one of the ads: "Serious mental illnesses often begin innocently. The person affected acts a little strange, but that can be temporary. It's the recurrence which signals danger" (1996–1997).

Another way of communicating the need to respond quickly is to stress the negative consequences of delayed action. Such effects were illustrated in several ads using metaphors from children's songs/plays expressing the poor outcomes of late responses, e.g. "Snip, snap, snout, this tale's told out" (2000). By using single lines from children's songs literally, and thus juxtaposing mental images of innocent children playing and severe mental health suffering, the ads employed poignant rhetorical strategies toward immediate action. Another example of possible negative consequences if people do not respond quickly can be found in an ad presenting a picture of domino tiles that have begun falling. Once the domino tiles have started to topple over, one thing leads to another in a downward spiral. Both images stressed the need for early detection and treatment, as well as the need for public awareness and response (Additional file 3: Figure S3).

*b. To step in. Responsible: all* This is closely related to the previous subtheme. However, while the former refers

to the need for understanding what one observes, being vigilant regarding signs of mental illness and swift action when such signs are observed, this subtheme assigns the responsibility to act even in ways you would not normally do in regards to another person's health. This seemed to indicate that some young adults being at risk or suffering from psychosis are hesitant to contact services and sometimes even refuse, thus others need to cross boundaries they otherwise would not to step in. For example, one of the ads stated: "That's when it's important that others take responsibility and seek help" (2000). A central message in the ads is that people have a moral obligation as citizens to step in. This is illustrated through the following quotation from one of the ads: "If you know somebody who is affected by mental health problems, do as you would with other illnesses, contact a doctor, psychologist or the emergency room (ER) if you need advice" (1996–1997).

In many ads, this responsibility is more directly placed on people's close relatives. For example, one ad stated: "This year many will worry about friends and family developing mental health problems... make sure the worry passes as soon as possible (2000). In this way, the commitment to take action is placed on the reader. As such, the messages conveyed through this strategy seem to suggest that one should go further than one ordinarily would with a young adult. One possible implication of this strategy is that many with mental illnesses are unable to take proper care of themselves, needing others to step in and make good choices for them. The legitimization for this breach of autonomy boundaries seems related to the images presented with regard to the roles of the suffering person and the responsible other.

Attention seems to be given to the importance of early intervention and that people around should step in, while the person's own preferences at this stage are secondary. To lower the limit for contacting the services anonymous calls was presented as an option, e.g. from one of the ads: "You can get help in order to help... call TIPS, feel free to do it anonymously..." (1998) (Additional file 4: Figure S4).

*c. To provide an answer. Responsible: the mental health professionals* Most of the ads described the ED team as a resource to the problems concerning youth at risk of developing a severe mental illness, as such the services readiness to help and to provide proper treatment and/or advice was highlighted. This was illustrated through the following quotation found in one of the brochures: "Everyone has specialized education/training and knows what should be done when a mental illness is developing" (1999). In the same way as with physical illness, mental health professionals seem to be regarded as experts who can provide knowledge. E.g. from one of the brochures: "We have created a brochure which talks about mental ill-



nesses, what it is and how they are treated" (1999). This expert position was particularly emphasized in the early ads (1996–1999), for example it was said that: "... we will give a true picture of today's options", or in one of the brochures: "The patients get help quickly and are offered the help that is considered the best" (1999). Moreover, it was expressed that mental health issues can be severe and that people should take them seriously. One of the ads underscored that several hundred people have already called and received help and advice (1998). Accordingly, it was communicated that the early detection and intervention services are successful in their mission and that people can count on them. In some ads and brochures, photos and professional titles seemed to serve as a way of putting a face to mental health workers (1996–1999) (Additional file 5: Figure S5).

*d. To tag along. Responsible: patients* An indirect message expressed in the ads was that people with, or at risk of developing, psychosis should seek help and follow professional advice. It was underlined that if someone feels uneasy or confused, they should contact health professionals. In one ad they say: "When you feel like something is wrong, you go to the doctor" (1996–1997). As such, their own interpretations or meaning-making capabilities were toned down, especially in the early ads (1996–1999). The main responsibility of the patient is therefore to go along with the treatment offered by professionals when in crisis and extreme distress, in order to get well and be able to continue on with their lives (Additional file 6: Figure S6).

The mental health professionals are not able to provide appropriate help unless patients share detailed information about their problems, as expressed in one ad: "We need your help to get where we want" (1996–1997). If potential patients (or others around them) do not contact the services and tell them about their afflictions, there is, in fact, nothing the mental health services can do. In this way, responsibility was also given to the patient.

In some of the later ads, home visits were proposed as an option. Here, mental health services are stepping out of their territory and into the context of people's everyday life. Moreover, the language seemed less authoritative as the importance of following the professionals' advice is toned down. A quotation from one of the Facebook ads illustrates this: "If you experience that challenges are larger than what can be solved in a confidential conversation you can ask us for help" (2017).

#### Insiders' reflections on the findings

A tentative report of the outsiders' findings was sent to J.O.J., I.J. and S.D. from TIPS to obtain the insiders' perspectives and viewpoints on the findings. This provided

us with an opportunity to utilize elements of discourse while maintaining multiple perspectives. Involving the researchers from TIPS in this process, helped clarify the intentions behind the data material, and it became clear that the outsiders' interpretation of the material at times diverged from TIPS' purpose and plan.

For example, the outsiders interpreted the message that psychosis is an illness in line with physical illnesses. However, the insiders wanted to underscore the same need for early intervention in mental illnesses as in physical illnesses. The insiders stressed that they did not have a "strict/traditional bio-medical" understanding, but rather a dimensional understanding of psychosis (a process, developing in stages). They also pointed out that they wanted to tone down the significance of genes or heritage as important causal factors of psychosis.

Secondly, the insiders stressed the need to consider the context when understanding the information material. E.g. in relation to the subtheme "to respond quickly", they underscored that the mental health system in 1996/1997, before TIPS initiated low threshold and easy access, had been less accessible to people. Therefore, it was vital to change people's attitudes towards the system by pointing out that they were welcome to seek help—which was a totally new signal from the mental health services at that time. They further pointed out that the outsiders' understanding about negative consequences (e.g. domino) of not responding promptly differed from the insiders' conception of psychosis as gradually developing in stages—and intervention could hinder worsening at any stage—not just the first. It should also be noted that at that time, psychosis (schizophrenia) was seen as an illness without hope of recovery.

A third remark was related to the subtheme "To step in". The insiders pointed out that sometimes people lacked insight into their own condition/situation, meaning it could be unethical not to act against someone's will. Finally, the outsiders' depiction of mental health professionals' expert position in the subtheme "To provide an answer" was incongruent with the insiders' aspiration to convey hope and readiness to help.

#### Discussion and implications

In this study, we studied a broad sample of TIPS Stavanger's information campaigns, ranging over a period of 22 years, to explore the meaning content, roles and actors built into information campaigns targeting help-seeking in first episode psychosis. Our analysis resulted in three main themes: (1) Knowledge is key, (2) (Almost) an illness among illnesses, and (3) We all have a responsibility, with the last theme comprising four subthemes: (a) to respond quickly (all), (b) to step in (all), to provide an answer (mental health professionals), and, to tag along

(patients). Our findings and research process shed light on several conflicts within the data material, and the significance of perspective and context for understanding and interpretation. We believe these tensions represent common dilemmas in the broader field of mental health. On the one side, mental health professionals clearly hold important expert knowledge that needs to be put to use for the benefit of people suffering from psychosis. At the same time, the mental health system aims to develop collaborative practices that involve more egalitarian services [42]. How then, does one go along to combine practices based on dialogue, in which the patient is also involved in decisions about his or her treatment, when the use of professional knowledge, often involve evidence-based knowledge and standardized treatment? And, how could an integration of these two perspectives be better reflected in information campaigns to promote help-seeking?

#### **The expert position**

ED services represent an important step forward when it comes to providing prompt care for people who experience first-episode psychosis [8]. ED services vary in content, but often they combine medical treatment with psychotherapy and family interventions, thus representing a distancing from the traditional ways of understanding mental health issues based on strictly medical approaches [43]. However, as shown in the theme “knowledge is key”, professional knowledge has played, and still plays, a central role within ED services. The strategy of distributing knowledge about mental health services and symptoms of serious mental illness to the general population has been documented as successful in influencing help-seeking behavior as TIPS reduced DUP from a median of 26 weeks to 4 weeks [7, 9].

However, the dilemma we face in providing this kind of information as part of ED efforts is that it rests on an underlying assumption that potentially contradicts the competing interest of user involvement and collaborative practice. If information is the answer, lack of information or adequate knowledge (mental health literacy) must be the problem. Adequate knowledge in this regard, seems to be understood as professional, evidence-based knowledge. As such, experience-based knowledge held by people with lived experiences of mental health issues is not presented as an important part. For information to be effective in altering help-seeking behavior, health care workers then must construct an expert position—as providers of answers/solutions through their professional knowledge (and as part of a mental health system). Although the expert positioning was toned down in the later ads, our findings show that primacy was given to focusing

on signs and symptoms, based on professional knowledge, indicating the recipients’ need for specific action (help-seeking). This way of providing information may enable people to make more rational choices about their health. Yet, a dilemma still emerges between how to express professional knowledge from such a position and simultaneously convey a belief in the importance of people having faith that they will be able to handle their own lives.

Moreover, by utilizing such a strategy actors involved are assigned rather distinct roles. In discursive approaches, roles can be understood as constructed through language and social interaction [44]. We have focused on how the roles have been constructed through the language (including pictures) used in the information material, and how this can be understood in the context of mental health services. As shown in the subtheme “to provide an answer”, mental health professionals can be regarded as experts holding the answers. As pointed out in “Insiders reflection on the findings”, the researchers with an insider perspective did not regard themselves as experts, their primary intention had been to communicate their willingness to help and provide hope. The outsiders’ interpretation of the data, however, was that such a position was established by e.g. portraying mental health workers as being specially trained and competent to act appropriately when mental illness was about to develop. The outsiders understood potential patient, on the other hand, to be positioned in rather passive roles as followers of the professionals’ advice. Again, this diverged from the insiders aim to contribute to people’s active engagement in their own health behavior.

These positions may partly be understood in light of the traditional understanding within mental health services, that psychotic patients often lack insight into their illness [45]. Research indicates that denial of being mentally ill is particularly evident in patients with first-episode psychosis [46]. In a qualitative study involving professionals and patients, Solbjør, Rise, Westerlund and Steinsbekk [47] found that lack of insight was one of the factors that made participation difficult. This concept has, however, been critiqued for being limited by the validity of the diagnosis [45], which, in turn, can be regarded as an inaccurate measure and highly dependent on the clinicians subjective assessment [48, 49]. Furthermore, insight is not a straightforward concept as it means different things to different people. On one side of a continuum, the patient may be expected to accept having a mental illness, and on the other side, it is expected that the patient become aware that something has gone wrong in his or her life [50, 51]. With only one part possessing the power to define this the starting-point for dialogue and shared decisions making becomes compromised.

However, new role constellations which embrace both professional and lived experience knowledge are emerging within mental health services. Collaborative practices which emphasize shared decision-making and focus on individual's goals and life circumstances have shown promising outcomes for engagement, particularly for groups such as young adults with first-episode psychosis [52]. Implementing such models involves working with competing beliefs, values, power balancing and relational competencies [42]. Applying methods based on co-productive principles in designing information campaign messages, could contribute to present potential patients in more active roles in future information campaigns.

#### **Making it clear, but not simplistic**

Another dilemma following the provision of evidence-based knowledge about psychosis is how to express clear messages about the nature of psychosis when several different ways of understanding and explanatory models exist side by side. In fact, the understanding of psychosis ranges from psychosis as a chemical imbalance or brain disease to psychosocial explanation models, emphasizing the role of contextual factors such as stress, trauma, poverty, racism, sexism, etc. [53]. Accordingly, formulating clear, but not simplistic messages, about such a complex matter appears as a demanding task. As our findings showed in "(Almost) an illness like other illnesses", the diversity of interpretations are also reflected in the information material. Different ways of looking at psychosis are likely to impact the role of the involved actors. The outsiders' interpretation was that psychosis was partly portrayed as comparable to physical illness. This seems to communicate that psychosis is something that one should not be ashamed of, and in the same way as with physical illnesses—the victim is not to blame [54]. The effects on reducing stigma by stressing that psychosis is an illness like other illnesses have later been questioned [55, 56]. A literature review concluded that this strategy raised public fear as well as social distance towards people with psychosis [55]. However, there is some support that less stigma is perceived when applying descriptions of specific experiences, e.g. voice-hearing, as opposed to labeling diagnoses such as 'schizophrenia' [57]. The latter has been found to increase negative beliefs and attitudes in the general public [58], and research also indicates that diagnostic labelling negatively affects self-stigma [59].

Moreover, applying an illness-focus in information campaigns can be understood as placing the patient in a 'sick' role, which does not acquire much effort from the patient. Thus, the patient's own actions are not regarded as an important part of treatment beyond seeking help. As pointed out under 'Insiders reflection on the findings', this understanding was not in line with what the insiders

intended to convey. The insiders did not intend to base their description of psychosis on a medical understanding. Their intention had been to stress similarity to physical illnesses at just one point, namely—the same need for early interventions. However, the outsiders understood the illness-focus to be more pervasive. As a consequence of comparing psychosis with illness, passive roles risked being established on behalf of patients. As pointed out in the sub-theme "to tag along", the patient's main task then is to follow expert advice. This message does not match the knowledge we have of lived experiences of people with first-episode psychosis who were in contact with ED services which stressed the significance of self-efficacy [14].

In addition, our findings showed that psychosis can also be communicated as something dissimilar to physical illnesses. Psychosis was for example portrayed as a process that develops in stages. As such, the underlying understanding seems to be that psychosis is a result of several factors (biological, psychological and social)—the amount of stressors combined with the individual's vulnerability (stress-vulnerability model) causes development of psychosis, or for some very few, a psychotic disorder [25]. By portraying psychosis as a process, the similarities with physical illnesses seem to be toned down (although some physical illnesses are understood to develop in similar ways)—and other aspects of psychosis were communicated. In this sense, psychosis may be viewed as an integrated part of the person, as opposed to some kind of 'entity' that just needs to be medicated away. Thus, people's own meaning making processes and actions have a more central place in treatment as their faith is not only in the professionals' [60].

This latter way to convey psychosis, points to more active roles for potential patients, which may be a more befitting way to present psychosis in information campaigns than focusing heavily on signs and symptoms. As such, there might be something to learn from approaches which put patients in more assertive roles, such as e.g. peer support. Peer support is generally described as a model for promoting wellness, focusing on strengths and positive aspects of people as opposed to an illness model focusing on symptoms and problems [61, 62]. Peer support is already one of the approaches utilized in early intervention services [63]. Although it was not very prominent in the information material, peer support is also included in TIPS' intervention program. Within a mental health services context, peers may participate in mutual support groups where they can share common experiences (peer-to-peer support). Peers that have come further in their recovery processes may, however, be employed by the services (peer staff support) so that they can use their lived experiences to contribute positively by

engaging people and serving as a bridge between patients and staff [62, 64–66]. Drawing more on knowledge-by-experience in information campaigns could provide a more nuanced picture of what psychosis is, and insight into important aspects to convey in information campaigns in order to reach the target groups. Additionally, elements of ‘peer staff support’ approaches might be utilized as ways of informing campaign designers of what people with lived experience of psychosis find to be helpful messages in this regard.

### **We all have a responsibility**

In the theme “we all have a responsibility”, the outsiders in the analytical team found that psychosis was portrayed as something that should not be considered an individual concern alone, thus, the societal responsibility was emphasized. The societal level is not normally a level in which the mental health services operate on, at least not related to treatment of psychosis. By putting psychosis on the agenda, as TIPS did through the multi-targeted information campaigns, the mental health services became a visible actor in the community. The broad strategy was based on studies of available literature at the time they started, and such multi-targeted and repetitive campaigns are still regarded as effective in altering behavior [67].

Moreover, the findings showed that people in general were encouraged to take action as delayed help-seeking is considered a serious problem in treatment for first-episode psychosis. For example, TIPS stated: “We need your help...”. This inviting tone represents something unusual coming from the mental health services, as these services have not traditionally been very assertive in asking for assistance from outsiders. People surrounding the young adults were told to be on alert and ready to step in when a close one or somebody else was in need of help. Hence, the primary roles of people around the one that struggles can be seen as helpers of the mental health system. As such, family members or school teachers, GPs or others who had concerns on behalf of a young adult were asked to step in and contact the services if needed. By applying such an action-focus, TIPS goes further than some of the other mental health information campaigns, e.g. “Depression: Let’s talk” [68]. In addition, TIPS has established an accessible ED-team who are ready to answer phone calls and offer help at short notice. However, the encouragement to step in and contact the services may raise ethical considerations for people around a person who struggles if the person does not agree. In this regard, the insiders pointed out that it may also be considered unethical not to take action if the person does not realize that he or she is in need of help. Moreover, meeting such an action-oriented service may also be perceived as

what people surrounding young adults who struggle need [69]. However, the roles applied to people in general in TIPS’ information campaigns seemed—from the outsiders’ point of view, primarily limited to serving as helpers for the mental health system. In this sense, the constellation of constructed roles in the information campaigns seem to sustain the conventional roles within the mental health system and between the system and its surroundings. As such, information campaigns could be improved by conveying more explicitly the importance of actors outside the mental health system—not only as helpers of the system, but also as support systems for the potential patients.

More specifically, research shows that families play a vital role in help-seeking related to psychosis [70–72]. Yet, studies also show that family members often attribute early psychotic symptoms to ‘normal’ adolescent behaviors [73], temperament, drug use, or physical illnesses [74, 75]. Similarly, stigma towards mental health services seems to partly explain delayed help-seeking [76–78]. A meta-synthesis of qualitative studies also reported that family members often exposed feelings of despair and fear towards mental health services, combined with a general feeling of hopelessness [79]. This implicates that information directed at a rational level might be insufficient. Thus, the potential of direct future information campaigns also toward emotional aspects should be explored. Additionally, to make information campaigns more appropriate to different target groups in the surroundings (e.g. parents, teachers, or social workers), piloting of how different messages are perceived by various target groups, could be a way to make the information campaigns more relevant for its different receivers.

### **Methodological considerations**

The present study draws on material developed within one program over a period of more than two decades. Thus, a strength is that it sheds light on shifting historical and social perspectives of how to present information for the public.

Also, as evident from the divergence in perspectives between the insider and outsider perspectives on the material, a narrative discourse analysis does not establish intentions. Rather, the promise of such methodology is to describe how meaning is created and transported between different actors and roles in a social system, as a basis for constructive discussions. We consider it a strength that we could include both perspectives in the presentation of the findings. The different positions as insiders and outsiders to the data material, provided us with proximity and distance that necessarily impacted the interpretations. However, it also became clear that the perceptions of insiders and outsiders were not always

congruent. As such, we tried to make our different positions a transparent discursive element in the discussion.

Furthermore, these divergent perceptions underscore that the interpretations made by the analytical team were undoubtedly colored by the lenses of socially oriented researchers with particular interest in collaborative practice. By applying such an interpretative approach based on constructive epistemology, it was not our intention to reveal an objective truth—but to discuss the constructions in light of contextual information about the services.

However, a limitation is that we did not have access to any representatives from the information campaigns' target groups. Another limitation is that most quotes and pictures applied in the themes are retrieved from the early ads and brochures. They were chosen as they were the most distinct examples of the themes we found. It is also a limitation that our sample did not include all the various types of information provided by TIPS, such as radio programs, video clips, or dialogue-based education for youths and meetings with high school counselors, which could have provided a more nuanced picture.

## Conclusion

This is, to the best of our knowledge, the first study exploring the meaning content in information campaigns related to first-episode psychosis. A broad sample of information material made up the basis for our narrative discourse analysis. We interpreted that three main discourses were built in the material. First, professional knowledge was conveyed as key to promote help-seeking behavior. Second, psychosis was mainly presented within an illness model. Third, psychosis was conveyed as a concern for the wider society. In addition, we focused on the constructed roles and actors that we interpreted these campaigns conveyed. Professionals were usually presented in expert positions, while potential patients seemed to play rather passive roles as receivers of help, people in the surroundings were conveyed as helpers of the mental health system. The positioning of roles pointed to several dilemmas in the mental health services: How can we integrate apparently conflicting views between evidence-based professional knowledge and subjective knowledge obtained through lived experiences? How do we combine a symptom- and illness focus with the expression of belief in the persons own resources? How do we provide knowledge about psychosis when there is no consensus on what it is or what causes it? And, how can we combine the expression of a need for social responsibility with limited role constructions that seem to maintain status quo in the relationship between the mental health services and its surroundings? These are the questions that were raised and discussed

based on our findings. We did not intend to provide final answers, but rather contribute to discussion by putting meaning content and discourses on the map. We have, however, tentatively pointed to several ways in which information campaigns within the context of ED services for young adults with first-episode psychosis could be advanced (Additional files 7, 8).

## Additional files

**Additional file 1: Figure S1. MYTH AND REALITY.**

**Additional file 2: Figure S2. THUMBS UP.**

**Additional file 3: Figure S3. DOMINO.**

**Additional file 4: Figure S4. PHONE.**

**Additional file 5: Figure S5. TIPS TEAMS.**

**Additional file 6: Figure S6. EXPERT AND PATIENT.**

**Additional file 7.** Data material part 1. Overview over data used in the analysis.

**Additional file 8.** Data material part 2. Overview over data used in the analysis.

## Abbreviations

DUP: duration of untreated psychosis; TIPS-2: Early Treatment and Intervention in Psychosis Study; ED: early detection; TIPS-study: the Scandinavian early intervention in psychosis; TIPS: early identification and treatment of psychosis; GP: general practitioner.

## Acknowledgements

Not applicable.

## Authors' contributions

HH, JOJ and SD collected the data; IJ related the study to early intervention literature; JOJ and IJ provided scientific overview over the field of information campaigns; HH, SHS, CM and MV analyzed the data. HH wrote a report in collaboration with SHS, CM and MV; all authors commented and contributed to the final concept development. All authors read and approved the final manuscript.

## Funding

Not applicable.

## Availability of data and materials

Data material are available by request to the corresponding author: hege.hansen@hvl.no.

## Ethics approval and consent to participate

The project did not need consent to participate or formal ethical approval according to national standards in Norway as data consisted of information material available to the public or to mental health workers and did not contain sensitive information.

## Consent for publication

Not applicable.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## Author details

<sup>1</sup> Department of Welfare and Participation, Western Norway University of Applied Sciences, Postbox 7030, 5020 Bergen, Norway. <sup>2</sup> Department

of Clinical Psychology, University of Bergen, Bergen, Norway. <sup>3</sup> Department of Psychiatry, District General Hospital of Førde, Førde, Norway. <sup>4</sup> TIPS-Network for Clinical Research in Psychosis, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway. <sup>5</sup> Network for Medical Sciences, Faculty of Health, University of Stavanger, Stavanger, Norway.

Received: 15 February 2019 Accepted: 30 April 2019  
Published online: 09 May 2019

## References

- Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med*. 2001;31:189–95.
- Menezes NM, Arenovich T, Zipursky RB. A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychol Med*. 2006;36(10):349–1362. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007951>.
- Murru A, Carpiniello B. Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: a review. *Neurosci Lett*. 2018;16(669):59–67. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2016.10.003>.
- Hegelstad WTV, Larsen TK, Auestad B, Evensen J, Haahr U, Joa I, et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry*. 2012;169(4):374–80.
- Henry LP, Amming GP, Harris MG, Yue HP, Harrigan SM, Prosser AL, et al. The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: longer-term clinical and functional outcome 7 years after index admission. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:716–28.
- Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1785–804.
- Johannessen JO, McGlashan T, Larsen TK, Hodneland M, Joa I, Mardal S, et al. Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2001;51:39–46.
- McGorry PD. Early intervention in psychosis. Obvious, effective, overdue. *J Nerv Ment Dis*. 2015;203(5):310–8. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000284>.
- Larsen TK, McGlashan T, Johannessen JO, Friis S, Guldberg C, Haahr U, et al. Shortened duration of untreated first episode of psychosis: changes in patient characteristics at treatment. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1917–9.
- Johannessen JO, Larsen TK, Joa I, Melle I, Friis S, Opjordsmoen S, et al. Pathways to care for first-episode psychosis in an early detection health-care sector. *Br J Psychiatry*. 2005;187(48):24–8.
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, van der Heiden W, Hambrecht M, Schultze-Lutter F. Modeling the early course of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2003;29(2):325–40.
- Kamens SR, Davidson L, Hyun E, Jones N, Morawski JG, Kurtz MM, et al. The duration of untreated psychosis: a phenomenological study. *Psychosis*. 2018. <https://doi.org/10.1080/17522439.2018.1524924>.
- Griffiths R, Mansell W, Edge D, Tai S. Sources of distress in first-episode psychosis: a systematic review and qualitative metasynthesis. *Qual Health Res*. 2019;29:107–23. <https://doi.org/10.1177/10497323187905441049732318790544>.
- Hansen H, Stige SH, Davidson L, Moltu C, Veseth M. How do people experience early intervention services for psychosis? A Meta-Synthesis. *Qual Health Res*. 2018;28(2):259–72. <https://doi.org/10.1177/1049732317735080>.
- Tindall RM, Simmons MB, Allott K, Hamilton BE. Essential ingredients of engagement when working alongside people after their first episode of psychosis: a qualitative meta-synthesis. *Early Interv Psychiatry*. 2018. <https://doi.org/10.1111/eip.12566>.
- Bay N, Bjørnstad J, Johannessen JO, Larsen TK, Joa I. Obstacles to care in first-episode psychosis patients with a long duration of untreated psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2014;10:71–6.
- Corcoran C, Gerson R, Sills-Shahar R, Nickou C, McGlashan T, Malaspina D. Trajectory to a first episode of psychosis: a qualitative research study with families. *Early Interv Psychiatry*. 2007;1:308–15.
- Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2008;17(1):14–9. <https://doi.org/10.1017/s1121189x08002621>.
- Gronholm P, Thornicroft G, Laurens K, Evans-Lacko S. Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review. *Psychol Med*. 2017;47(11):1867–79. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000344>.
- Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000;177:396–401.
- Jorm AF. Mental health literacy. Empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012;67(3):231–43. <https://doi.org/10.1037/a0025957>.
- Joa I, Johannessen JO, Larsen TK, McGlashan T. Information campaigns: 10 years of experience in the early Treatment and Intervention in Psychosis (TIPS) Study. *Psychiatr Ann*. 2008. <https://doi.org/10.3928/00485713-20080801-06>.
- Joa I, Johannessen JO, Auestad B, Friis S, McGlashan T, Mele I, et al. The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. *Schizophr Bull*. 2008;34(3):466–72. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm095>.
- Lloyd-Evans B, Crosby M, Stockton S, Pilling S, Hobbs L, Hinton M, et al. Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2011;198:256–63. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075622>.
- Read J, Dillon J. Models of madness. Psychological, social and biological approaches to psychosis. 2nd ed. New York: Routledge; 2013.
- Geekie J, Read J. Making sense of madness. Contesting the meaning of Schizophrenia. East Sussex: Routledge; 2009.
- Edwards D, Potter J. Discursive psychology. London: Sage; 1992.
- Wetherell M. Positioning and interpretative repertoires: conversation and post-structuralism in dialogue. *Discourse Soc*. 1998;9:431–56.
- Wetherell M. A step too far: discursive psychology, linguistic ethnography and questions of identity. *J Soc*. 2007;11(5):661–81.
- Bruner JS. Act of meaning. Cambridge: Harvard University Press; 1990.
- Polkinghorne DE. Narrative configuration in qualitative analysis. *Int J Qual Stud Educ*. 1995;8:5–23.
- Riessman CK. Narrative methods for the human sciences. Thousand Oaks: Sage Publications; 2008.
- Billig M, Condor S, Edwards D, Gane M, Middleton D, Radley A. Ideological dilemmas: a social psychology of everyday thinking. London: Sage; 1988.
- Wertz FJ, Charmaz K, McMullen LM, Josselson R, Anderson R, McSpadden E. Five ways of doing qualitative analysis. Phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry. New York: The Guilford Press; 2011.
- Lawless M, Augoustinos M, LeCouteur A. "Your Brain Matters" issues of risk and responsibility in online dementia prevention information. *Qual Health Res*. 2017. <https://doi.org/10.1177/1049732317732962>.
- Sarbin TR. The narrative as a root metaphor for psychology. In: Sarbin TR, editor. Narrative psychology: the storied nature of human conduct. Westport: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group; 1986. p. 3–21.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77–101.
- Binder PE, Holgersen H, Moltu C. Staying close and reflexive: an explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nord Psychol*. 2012;64(2):103–17. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.726815>.
- Finlay L. Reflexivity: a practical guide for researchers in health and social sciences. Hoboken: Wiley Online Library; 2003.
- Veseth M, Binder PE, Borg M, Davidson L. Collaborating to stay open and aware: service user involvement in mental health research as an aid in reflexivity. *Nord Psychol*. 2017;69:256–63. <https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1282324>.
- Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, Opjordsmoen S, et al. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:141–50.
- Ness O, Borg M, Semb R, Karlsson B. "Walking alongside": collaborative practices in mental health and substance use care. *Int J Ment Health Syst*. 2014. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-55>.
- Malla AK, Norman R, Joober B. First-episode psychosis, early intervention, and outcome: what have we learned? *Can J Psychiatry*. 2005;50(14):881–91.

44. Harré R, van Langenhove L. Varieties of positioning. *J Theory Soc Behav*. 1991;21(4):393–407.
45. Tranulius C, Freudreich O, Park L. Narrative insight: rethinking insight in psychosis. *Int J Cult Ment Health*. 2009;2(1):16–28. <https://doi.org/10.1080/17542860802560363>.
46. Thompson KN, McGorry PD, Harrigan SM. Reduced awareness of illness in first-episode psychosis. *Compr Psychiatry*. 2001;42:498–503. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.27900>.
47. Solbjar M, Rise MB, Westerlund H, Steinsbekk A. Patient participation in mental healthcare: when is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *Int J Soc Psychiatry*. 2001;59(2):107–13. <https://doi.org/10.1177/0020764011423464>.
48. Tranulius C, Corin E, Kirmayer LJ. Insight and psychosis: comparing the perspectives of patient, entourage and clinician. *Int J Soc Psychol*. 2008;54(3):225–41. <https://doi.org/10.1177/0020764008088860>.
49. Veen ND, Selten JP, Schols D, Laan W, Hoek HW, van Der Tweel I, et al. Diagnostic stability in a Dutch psychosis incident cohort. *Br J Psychiatry*. 2004;185:460–4.
50. Davidson L, Tondora J, Jawless MS, O'Connell MJ, Rowe M. A practical guide to recovery-oriented practice: tools for transforming mental health care. Oxford: Oxford University Press; 2009.
51. Veseth M, Stige SH, Binder PE. Medicine and meaning. How experienced therapists describe the role of medication in recovery processes in bipolar disorder. *Couns Psychother Res*. 2019;19:66–74. <https://doi.org/10.1002/capr.12193>.
52. Dixon LB, Holoshitz Y, Nossels I. Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry*. 2016;15(1):13–20. <https://doi.org/10.1002/wps.2030>.
53. Read J, Mosher L, Bental R. 'Schizophrenia' is not an illness. In: Read J, Dillon J, editors. *Models of madness. Psychological, social and biological approaches to psychosis*. New York: Routledge; 2013. p. 3–8.
54. Read J, Haslam N, Magliano L. Prejudice, stigma and 'schizophrenia': the role of bio-genetic ideology. In: Read J, Dillon J, editors. *Models of madness. Psychological, social and biological approaches to psychosis*. New York: Routledge; 2013. p. 157–77.
55. Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E. Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114:303–18.
56. Wood L, Burke E, Byrne R, Pyle M, Chapman N, Morrison A. Stigma in psychosis: a thematic synthesis of current qualitative evidence. *Psychosis*. 2015;7(2):152–65. <https://doi.org/10.1080/17522439.2014.926561>.
57. Kingston D, Moghaddam NG, Dawson DL. How do differential explanations of voice-hearing influence attributions and behavioral intentions towards voice-hearers? *Psychiatry Res*. 2016;237:208–21. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.039>.
58. Imhoff R. Zeroing in on the effects of schizophrenia label on stigmatizing attitudes: a large scale study. *Schizophr Bull*. 2016;42(2):456–63. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv137>.
59. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thoricroft G. Self-stigma, empowerment, and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res*. 2010;122(1–3):232–8.
60. Marriott MR, Thompson AR, Cockshutt G, Rowse G. Narrative insight in psychosis: The relationship with spiritual and religious explanatory frameworks. *Br Psychol Soc*. 2018. <https://doi.org/10.1111/papt.12178>.
61. Mead S. Defining peer support; 2003. <http://chrysm-associates.co.uk/images/5MeadDefiningPeersSupport.pdf>. Accessed 20 Nov 2018.
62. Reppper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health*. 2011;20(4):392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>.
63. Sale T, Raymaker D, Rijsa M, Gould V, Wall C, Melton R. Mitigating early loss of community participation in early psychosis services: state of the science series. *Pathways RTC*; 2018. <https://www.pathwaysrtc.pdx.edu/pdf/state-of-the-science-articles-2018-easa.pdf>. Accessed 20 Nov 2018.
64. Davidson L, Chinman M, Kloos B, Weingarten R, Stayner D, Tebes JK. Peer support among individuals with severe mental illness: a review of the evidence. *Clin Psychol Sci Pract*. 1999;6:165–87.
65. Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J*. 2004;27(4):392–401.
66. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*. 2012;11(2):123–8.
67. Heijnders M, van der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med*. 2007;11(3):353–63. <https://doi.org/10.1080/13548500600595327>.
68. WHO. Depression: let's talk. 2017. [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/en/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/). Accessed 26 Nov 2018.
69. Sin J, Moore N, Wellman N. Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis—listening to their experiences and needs. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005;12:589–97.
70. Archie S, Akhtar-Danesh N, Norman R, Malla A, Roy P, Zipursky RB. Ethnic diversity and pathways to care for a first episode of psychosis in Ontario. *Schizophr Bull*. 2010;36:688–701.
71. Del Vecchio V, Luciano M, Sampogna G, De Rosa C, Giacco D, Tarricone I, et al. The role of relatives in pathways to care of patients with a first episode of psychosis. *Int J Soc Psychiatry*. 2015;61(7):631–7. <https://doi.org/10.1177/0020764014568129>.
72. Connor C, Greenfield S, Lester H, Channa S, Palmer C, Barker C, et al. Seeking help for first-episode psychosis: a family narrative. *Early Interv Psychiatry*. 2016;19(4):334–45. <https://doi.org/10.1111/eip.12177>.
73. Brunet K, Birchwood M, Lester H, Thornhill K. Delays in mental health services and duration of untreated psychosis. *Psychiatry Bull*. 2007;31:408–10.
74. Chien VH, Compton MT. The impact of mode of onset of psychosis on pathways to care in a hospitalized, predominantly African-American, first-episode sample. *Early Interv Psychiatry*. 2008;2:73–9.
75. Green B, Young R, Kavanagh D. Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *Br J Psychiatry*. 2005;187:306–13. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.4.306>.
76. Franz L, Carter T, Leiner AS, Bergner E, Thompson NJ, Compton MT. Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: a grounded theory study. *Early Interv Psychiatry*. 2010;4:47–56. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2008.00061.x>.
77. Gerlinger G, Hauser M, de Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*. 2013;12:155–64.
78. Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, Reid R. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*. 2014;13:161–75.
79. Cairns VA, Reid GS, Murray C. Family members' experience of seeking help for first-episode psychosis on behalf of a loved one: a meta- synthesis of qualitative research. *Early Interv Psychiatry*. 2015;9:185–99. <https://doi.org/10.1111/eip.12157>.

## Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations

## **Vedlegg 1 - Intervjuguide**



**Overordnede og gjennomgående intervju spørsmål knyttet opp mot helsetjenestefokus et i prosjektet:**

HVA HAR VÆRT TIL HJELP?

HVA HAR VÆRT TIL HINDER?

**INTERVIUSPØRSMÅL OG -  
TEMA:**

**1. Nåværende livssituasjon**

- Hva foregår i livet ditt nå?

**2. Før møtet med hjelpeapparatet**

- Hvordan kom du i kontakt med psykiske helsetjenester (generelt og TOPS spesielt)? (Hva var bakgrunnen for at du kom i kontakt?)
- Hvordan opplevde du det å søke hjelp?
- Kan du fortelle om hvordan du opplevde det som foregikk i livet ditt da?

**3. Møtet med TOPS/hjelpeapparatet**

- Kan du fortelle om hvordan møtet med TOPS artet seg?
- Hvordan opplevde du møtet med TOPS?

**4. Gjennom hjelpeapparatet**

- Hvilken type hjelp har du fått tilbud om (etter TOPS)?
- Hva skulle du ønske du hadde fått tilbud om?

**5. Refleksjon over veien inn i hjelpeapparatet (og eventuelt ut igjen)**

- Dersom du kunne laget et hjelpeapparat for folk med liknende plager, hvordan ville det da ha sett ut?
- Hva ville vært annerledes?
- Hva ville vært likt?

**Overordnede og gjennomgående intervju spørsmål knyttet opp mot recoveryfokus et i prosjektet:**

HVA HAR DU SELV GJORT FOR Å FÅ DET BEDRE? (interesser, arbeid, utdanning, osv.)

HVA HAR FOLK RUNDT DEG GJORT FOR AT DU SKAL FÅ DET BEDRE? (familie, venner, sosialt nettverk, osv.)

HVILKE ARENAER HAR VÆRT VIKTIGE FOR AT DU SKAL FÅ DET BEDRE? (skole, jobb, fritid, frivillige tilbud, kommunale tilbud, osv.)

## **Vedlegg 2 - REK-godkjenning**

---

<b>Region:</b> REK vest	<b>Saksbehandler:</b> Anne Berit Kolmannskog	<b>Telefon:</b> 55978497	<b>Vår dato:</b> 09.09.2015	<b>Vår referanse:</b> 2015/1218/REK vest
			<b>Deres dato:</b> 16.06.2015	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Marius Veseth  
Helse Bergen HF

## 2015/1218 En undersøkelse av unges levde erfaringer av å møte et lavterskeltilbud for psykose

**Forskningsansvarlig:** Helse Bergen HF

**Prosjektleder:** Marius Veseth

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 20.08.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

### Prosjektomtale

*I denne kvalitative studien er formålet å undersøke unges levde erfaringer i møte med et lavterskeltilbud for psykoseplager, TOPS i Helse Bergen (Tidlig Oppdagelse av PSykose). Prosjektet er et samarbeid mellom forsker i Bergen og Yale University i USA. Følgende problemstillinger vil bli belyst: - Hvordan opplever de møtet med et slikt oppdagelsesteam så vel som videre psykiske helsetjenester? - Hva erfarer de å være til hjelp og til hinder i sine møter med hjelpeapparatet? - Og hvordan ser de selv på hva det vil si å bli bedre i forhold til psykoserelaterte plager? Prosjektet består av to delstudier. Til sammen vil det bli rekruttert mellom 30 og 50 personer i prosjektet.*

### Vurdering

Komiteen mener prosjektet er forsvarlig å gjennomføre og har ingen innvendinger til den forelagte prosjektbeskrivelsen. Kun samtykkekompetente personer skal inngå i studien.

### Databehandling

Forskningsdata skal behandles forsvarlig og komiteen har ingen innvendinger til at indirekte personidentifiserbare data utleveres til samarbeidspartnere ved Yale University, USA.

### Prosjektslutt

Tillatelsen til å oppbevare og behandle opplysninger i prosjektet gjelder til prosjektslutt 31.12.2021. Etter dette må data slettes eller anonymiseres.

### Vedtak

*REK vest godkjenner prosjektet i samsvar med forelagt søknad*

### Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 30.06.2022, jf. hfl. §

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

*Klageadgang*

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

Med vennlig hilsen

Ansgar Berg  
Prof. Dr.med  
Komitéleder

Anne Berit Kolmannskog  
Rådgiver

**Kopi til:** [postmottak@helse-bergen.no](mailto:postmottak@helse-bergen.no)



## **Vedlegg 3 – Tilråding fra personvernombudet i Helse Bergen**

Marius Veseth  
Haukeland universitetssjukehus/Divisjon Psykisk Helsevern  
Marius.veseth@hib.no

Deres ref:  
2015/12597

Vår ref:  
2015/12597

Saksbehandler  
Christer Kleppe, tlf. 55 97 55 58

Bergen,  
03.11.2015

## Utlevering til forskning: En undersøkelse av unges levde erfaringer av å møte et lavterskeltilbud for psykose

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er en formell tilråding fra personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Formålet med behandlingen er å utlevere aidentifiserte personopplysninger til samarbeidende forsker i USA. Prosjektet er godkjent av REK Vest (2015/1218) og det skal innhentes samtykke fra deltakerne.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen omfatter utlevering av helse- og personopplysninger til ekstern virksomhet, og er meldepliktig til personvernombudet i henhold til personopplysningsloven § 33 og personopplysningsforskriften § 7-27.

Personvernombudet har vurdert at aidentifiserte personopplysninger kan utleveres til medarbeider i 3. land når dette skjer som del av et konkret helseforskningsprosjekt godkjent av REK jf. Helseforskningsloven § 37 (2).

Utlevering av personopplysninger forutsetter samtykke fra deltakeren til at utlevering kan skje. Samtykkeskjemaet som er forelagt personvernombudet og som er godkjent av REK gir ikke Helse Bergen HF adgang til å gjøre en utlevering. Det forutsettes at samtykkeskjemaet endres, og at endringene godkjennes av REK.

Det må fremgå av samtykkeskjemaet at aidentifiserte opplysninger vil bli utlevert til samarbeidende forsker i USA til bruk for dette prosjektet. Det må også gå frem at utleveringen skjer til et land som har svakere personvernlovgivning enn hva vi har i Norge.

Personvernombudet tilrår at utleveringen kan gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Behandling av helse- og personopplysningene skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen og i henhold til Helse Bergen sine rutiner.
2. Data lagres på sikkert område i henhold til Helse Bergen sine rutiner.
3. Utleveringen må være godkjent av klinikk-/avdelingsdirektør.

4. Tilgangen til opplysningene skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.
5. Utleveringen må skje på godkjent måte.
6. Dersom opplysningene som utleveres også skal lagres lokalt, skal de lagres aidentifisert på helseforetakets Forskningsserver. For å få tildelt plass på Forskningsserveren må saksnummer på REK- godkjenningen fylles ut i søknadsskjemaet og selve tilråding brevet må også legges ved. Søknadsskjema finnes på:  
[Helse Bergen Innsiden - Personvernombudet for Helse Bergen](#)  
Annen elektronisk lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av foretakets IKT-sikkerhetsleder/personvernombud.
7. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Forskningsserveren eller nedlåst på prosjektleders kontor.
8. Data slettes eller anonymiseres (ved at krysslisten slettes) ved prosjektslutt. Når formålet med databehandlingen er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.
9. Dersom databehandlingen varer lengre enn 3 år, skal kontaktperson for prosjektet hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseforskningslovens regler.
10. Dersom formålet med databehandlingen endres, må personvernombudet informeres om dette.

Vennlig hilsen



Christer Kleppe  
Personvernombud

Vedlegg:

Kopi til:  
Hans Olav Instefjord  
Ketil Joachim Ødegaard



**Doctoral Theses at The Faculty of Psychology,  
University of Bergen**

- |             |                                 |  |
|-------------|---------------------------------|--|
| <b>1980</b> | Allen, Hugh M., Dr. philos.     | Parent-offspring interactions in willow grouse ( <i>Lagopus L. Lagopus</i> ).  |
| <b>1981</b> | Myhrer, Trond, Dr. philos.      | Behavioral Studies after selective disruption of hippocampal inputs in albino rats.  |
| <b>1982</b> | Svebak, Sven, Dr. philos.       | The significance of motivation for task-induced tonic physiological changes.   |
| <b>1983</b> | Myhre, Grete, Dr. philos.       | The Biopsychology of behavior in captive Willow ptarmigan.   |
|             | Eide, Rolf, Dr. philos.         | PSYCHOSOCIAL FACTORS AND INDICES OF HEALTH RISKS. The relationship of psychosocial conditions to subjective complaints, arterial blood pressure, serum cholesterol, serum triglycerides and urinary catecholamines in middle aged populations in Western Norway. |
|             | Værnes, Ragnar J., Dr. philos.  | Neuropsychological effects of diving.  |
| <b>1984</b> | Kolstad, Arnulf, Dr. philos.    | Til diskusjonen om sammenhengen mellom sosiale forhold og psykiske strukturer. En epidemiologisk undersøkelse blant barn og unge.  |
|             | Løberg, Tor, Dr. philos.        | Neuropsychological assessment in alcohol dependence.   |
| <b>1985</b> | Hellesnes, Tore, Dr. philos.    | Læring og problemløsning. En studie av den perseptuelle analysens betydning for verbal læring.   |
|             | Håland, Wenche, Dr. philos.     | Psykotterapi: relasjon, utviklingsprosess og effekt.   |
| <b>1986</b> | Hagtvet, Knut A., Dr. philos.   | The construct of test anxiety: Conceptual and methodological issues.   |
|             | Jellestad, Finn K., Dr. philos. | Effects of neuron specific amygdala lesions on fear-motivated behavior in rats.  |
| <b>1987</b> | Aarø, Leif E., Dr. philos.      | Health behaviour and socioeconomic Status. A survey among the adult population in Norway.  |
|             | Underlid, Kjell, Dr. philos.    | Arbeidsløse i psykososialt perspektiv.   |
|             | Laberg, Jon C., Dr. philos.     | Expectancy and classical conditioning in alcoholics' craving.  |
|             | Vollmer, Fred, Dr. philos.      | Essays on explanation in psychology.   |
|             | Ellertsen, Bjørn, Dr. philos.   | Migraine and tension headache: Psychophysiology, personality and therapy.  |
| <b>1988</b> | Kaufmann, Astrid, Dr. philos.   | Antisocial atferd hos ungdom. En studie av psykologiske determinanter.   |

- Mykletun, Reidar J., Dr. philos. Teacher stress: personality, work-load and health.
- Havik, Odd E., Dr. philos. After the myocardial infarction: A medical and psychological study with special emphasis on perceived illness.
- 1989** Bråten, Stein, Dr. philos. Menneskedyaden. En teoretisk tese om sinnets dialogiske natur med informasjons- og utviklingspsykologiske implikasjoner sammenholdt med utvalgte spedbarnsstudier.
- Wold, Bente, Dr. psychol. Lifestyles and physical activity. A theoretical and empirical analysis of socialization among children and adolescents.
- 1990** Flaten, Magne A., Dr. psychol. The role of habituation and learning in reflex modification.
- 1991** Alsaker, Françoise D., Dr. philos. Global negative self-evaluations in early adolescence.
- Kraft, Pål, Dr. philos. AIDS prevention in Norway. Empirical studies on diffusion of knowledge, public opinion, and sexual behaviour.
- Endresen, Inger M., Dr. philos. Psychoimmunological stress markers in working life.
- Faleide, Asbjørn O., Dr. philos. Asthma and allergy in childhood. Psychosocial and psychotherapeutic problems.
- 1992** Dalen, Knut, Dr. philos. Hemispheric asymmetry and the Dual-Task Paradigm: An experimental approach.
- Bø, Inge B., Dr. philos. Ungdoms sosiale økologi. En undersøkelse av 14-16 åringers sosiale nettverk.
- Nivison, Mary E., Dr. philos. The relationship between noise as an experimental and environmental stressor, physiological changes and psychological factors.
- Torgersen, Anne M., Dr. philos. Genetic and environmental influence on temperamental behaviour. A longitudinal study of twins from infancy to adolescence.
- 1993** Larsen, Svein, Dr. philos. Cultural background and problem drinking.
- Nordhus, Inger Hilde, Dr. philos. Family caregiving. A community psychological study with special emphasis on clinical interventions.
- Thuen, Frode, Dr. psychol. Accident-related behaviour among children and young adolescents: Prediction and prevention.
- Solheim, Ragnar, Dr. philos. Spesifikke lærevansker. Diskrepanskriteriet anvendt i seleksjonsmetodikk.
- Johnsen, Bjørn Helge, Dr. psychol. Brain asymmetry and facial emotional expressions: Conditioning experiments.
- 1994** Tønnessen, Finn E., Dr. philos. The etiology of Dyslexia.
- Kvale, Gerd, Dr. psychol. Psychological factors in anticipatory nausea and vomiting in cancer chemotherapy.

	Asbjørnsen, Arve E., Dr. psychol.	Structural and dynamic factors in dichotic listening: An interactional model.
	Bru, Edvin, Dr. philos.	The role of psychological factors in neck, shoulder and low back pain among female hospital staff.
	Braathen, Eli T., Dr. psychol.	Prediction of excellence and discontinuation in different types of sport: The significance of motivation and EMG.
	Johannessen, Birte F., Dr. philos.	Det flytende kjønnet. Om lederskap, politikk og identitet.
<b>1995</b>	Sam, David L., Dr. psychol.	Acculturation of young immigrants in Norway: A psychological and socio-cultural adaptation.
	Bjaalid, Inger-Kristin, Dr. philos.	Component processes in word recognition.
	Martinsen, Øyvind, Dr. philos.	Cognitive style and insight.
	Nordby, Helge, Dr. philos.	Processing of auditory deviant events: Mismatch negativity of event-related brain potentials.
	Raaheim, Arild, Dr. philos.	Health perception and health behaviour, theoretical considerations, empirical studies, and practical implications.
	Seltzer, Wencke J., Dr. philos.	Studies of Psychocultural Approach to Families in Therapy.
	Brun, Wibecke, Dr. philos.	Subjective conceptions of uncertainty and risk.
	Aas, Henrik N., Dr. psychol.	Alcohol expectancies and socialization: Adolescents learning to drink.
	Bjørkly, Stål, Dr. psychol.	Diagnosis and prediction of intra-institutional aggressive behaviour in psychotic patients
<b>1996</b>	Anderssen, Norman, Dr. psychol.	Physical activity of young people in a health perspective: Stability, change and social influences.
	Sandal, Gro Mjeldheim, Dr. psychol.	Coping in extreme environments: The role of personality.
	Strumse, Einar, Dr. philos.	The psychology of aesthetics: explaining visual preferences for agrarian landscapes in Western Norway.
	Hestad, Knut, Dr. philos.	Neuropsychological deficits in HIV-1 infection.
	Lugoe, L.Wycliffe, Dr. philos.	Prediction of Tanzanian students' HIV risk and preventive behaviours
	Sandvik, B. Gunnhild, Dr. philos.	Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor. Fremveksten av en profesjon og en profesjonsutdanning
	Lie, Gro Therese, Dr. psychol.	The disease that dares not speak its name: Studies on factors of importance for coping with HIV/AIDS in Northern Tanzania
	Øygaard, Lisbet, Dr. philos.	Health behaviors among young adults. A psychological and sociological approach
	Stormark, Kjell Morten, Dr. psychol.	Emotional modulation of selective attention: Experimental and clinical evidence.

- Einarsen, Ståle, Dr. psychol. Bullying and harassment at work: epidemiological and psychosocial aspects.
- 1997** Knivsberg, Ann-Mari, Dr. philos. Behavioural abnormalities and childhood psychopathology: Urinary peptide patterns as a potential tool in diagnosis and remediation.
- Eide, Arne H., Dr. philos. Adolescent drug use in Zimbabwe. Cultural orientation in a global-local perspective and use of psychoactive substances among secondary school students.
- Sørensen, Marit, Dr. philos. The psychology of initiating and maintaining exercise and diet behaviour.
- Skjæveland, Oddvar, Dr. psychol. Relationships between spatial-physical neighborhood attributes and social relations among neighbors.
- Zewdie, Teka, Dr. philos. Mother-child relational patterns in Ethiopia. Issues of developmental theories and intervention programs.
- Wilhelmsen, Britt Unni, Dr. philos. Development and evaluation of two educational programmes designed to prevent alcohol use among adolescents.
- Manger, Terje, Dr. philos. Gender differences in mathematical achievement among Norwegian elementary school students.
- 1998** Lindstrøm, Torill Christine, Dr. philos. «Good Grief»: Adapting to Bereavement.
- V** Skogstad, Anders, Dr. philos. Effects of leadership behaviour on job satisfaction, health and efficiency.
- Haldorsen, Ellen M. Håland, Dr. psychol. Return to work in low back pain patients.
- Besemer, Susan P., Dr. philos. Creative Product Analysis: The Search for a Valid Model for Understanding Creativity in Products.
- H** Winje, Dagfinn, Dr. psychol. Psychological adjustment after severe trauma. A longitudinal study of adults' and children's posttraumatic reactions and coping after the bus accident in Måbødalen, Norway 1988.
- Vosburg, Suzanne K., Dr. philos. The effects of mood on creative problem solving.
- Eriksen, Hege R., Dr. philos. Stress and coping: Does it really matter for subjective health complaints?
- Jakobsen, Reidar, Dr. psychol. Empiriske studier av kunnskap og holdninger om hiv/aids og den normative seksuelle utvikling i ungdomsårene.
- 1999** Mikkelsen, Aslaug, Dr. philos. Effects of learning opportunities and learning climate on occupational health.
- V** Samdal, Oddrun, Dr. philos. The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective well-being.
- Friestad, Christine, Dr. philos. Social psychological approaches to smoking.
- Ekeland, Tor-Johan, Dr. philos. Mening som medisin. Ein analyse av placebifenomenet og implikasjoner for terapi og terapeutiske teoriar.

<b>H</b>	Saban, Sara, Dr. psychol.	Brain Asymmetry and Attention: Classical Conditioning Experiments.
	Carlsten, Carl Thomas, Dr. philos.	God lesing – God læring. En aksjonsrettet studie av undervisning i fagtekstlesing.
	Dundas, Ingrid, Dr. psychol.	Functional and dysfunctional closeness. Family interaction and children's adjustment.
	Engen, Liv, Dr. philos.	Kartlegging av leseferdighet på småskoletrinnet og vurdering av faktorer som kan være av betydning for optimal leseutvikling.
<b>2000 V</b>	Hovland, Ole Johan, Dr. philos.	Transforming a self-preserving "alarm" reaction into a self-defeating emotional response: Toward an integrative approach to anxiety as a human phenomenon.
	Lillejord, Sølvi, Dr. philos.	Handlingsrasjonalitet og spesialundervisning. En analyse av aktørperspektiver.
	Sandell, Ove, Dr. philos.	Den varme kunnskapen.
	Oftedal, Marit Petersen, Dr. philos.	Diagnostisering av ordavkodingsvansker: En prosessanalytisk tilnæringsmåte.
<b>H</b>	Sandbak, Tone, Dr. psychol.	Alcohol consumption and preference in the rat: The significance of individual differences and relationships to stress pathology
	Eid, Jarle, Dr. psychol.	Early predictors of PTSD symptom reporting; The significance of contextual and individual factors.
<b>2001 V</b>	Skinstad, Anne Helene, Dr. philos.	Substance dependence and borderline personality disorders.
	Binder, Per-Einar, Dr. psychol.	Individet og den meningsbærende andre. En teoretisk undersøkelse av de mellommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i Donald Winnicotts teori.
	Roald, Ingvild K., Dr. philos.	Building of concepts. A study of Physics concepts of Norwegian deaf students.
<b>H</b>	Fekadu, Zelalem W., Dr. philos.	Predicting contraceptive use and intention among a sample of adolescent girls. An application of the theory of planned behaviour in Ethiopian context.
	Melesse, Fantu, Dr. philos.	The more intelligent and sensitive child (MISC) mediational intervention in an Ethiopian context: An evaluation study.
	Råheim, Målfrid, Dr. philos.	Kvinnens kroppserfaring og livssammenheng. En fenomenologisk – hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter.
	Engelsen, Birthe Kari, Dr. psychol.	Measurement of the eating problem construct.
	Lau, Bjørn, Dr. philos.	Weight and eating concerns in adolescence.
<b>2002 V</b>	Ihlebak, Camilla, Dr. philos.	Epidemiological studies of subjective health complaints.

	Rosén, Gunnar O. R., Dr. philos.	The phantom limb experience. Models for understanding and treatment of pain with hypnosis.
	Høines, Marit Johnsen, Dr. philos.	Fleksible språkrom. Matematikklæring som tekstutvikling.
	Anthun, Roald Andor, Dr. philos.	School psychology service quality. Consumer appraisal, quality dimensions, and collaborative improvement potential
	Pallesen, Ståle, Dr. psychol.	Insomnia in the elderly. Epidemiology, psychological characteristics and treatment.
	Midthassel, Unni Vere, Dr. philos.	Teacher involvement in school development activity. A study of teachers in Norwegian compulsory schools
	Kallestad, Jan Helge, Dr. philos.	Teachers, schools and implementation of the Olweus Bullying Prevention Program.
<b>H</b>	Ofte, Sonja Helgesen, Dr. psychol.	Right-left discrimination in adults and children.
	Netland, Marit, Dr. psychol.	Exposure to political violence. The need to estimate our estimations.
	Diseth, Åge, Dr. psychol.	Approaches to learning: Validity and prediction of academic performance.
	Bjuland, Raymond, Dr. philos.	Problem solving in geometry. Reasoning processes of student teachers working in small groups: A dialogical approach.
<b>2003</b> <b>V</b>	Arefjord, Kjersti, Dr. psychol.	After the myocardial infarction – the wives' view. Short- and long-term adjustment in wives of myocardial infarction patients.
	Ingjaldsson, Jón Þorvaldur, Dr. psychol.	Unconscious Processes and Vagal Activity in Alcohol Dependency.
	Holden, Børge, Dr. philos.	Følger av atferdsanalytiske forklaringer for atferdsanalysens tilnærming til utforming av behandling.
	Holsen, Ingrid, Dr. philos.	Depressed mood from adolescence to 'emerging adulthood'. Course and longitudinal influences of body image and parent-adolescent relationship.
	Hammar, Åsa Karin, Dr. psychol.	Major depression and cognitive dysfunction- An experimental study of the cognitive effort hypothesis.
	Sprugevica, Ieva, Dr. philos.	The impact of enabling skills on early reading acquisition.
	Gabrielsen, Egil, Dr. philos.	LESE FOR LIVET. Lesekompetansen i den norske voksenbefolkningen sett i lys av visjonen om en enhetsskole.
<b>H</b>	Hansen, Anita Lill, Dr. psychol.	The influence of heart rate variability in the regulation of attentional and memory processes.
	Dyregrov, Kari, Dr. philos.	The loss of child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help.
<b>2004</b> <b>V</b>	Torsheim, Torbjørn, Dr. psychol.	Student role strain and subjective health complaints: Individual, contextual, and longitudinal perspectives.

	Haugland, Bente Storm Mowatt Dr. psychol.	Parental alcohol abuse. Family functioning and child adjustment.
	Milde, Anne Marita, Dr. psychol.	Ulcerative colitis and the role of stress. Animal studies of psychobiological factors in relationship to experimentally induced colitis.
	Stornes, Tor, Dr. philos.	Socio-moral behaviour in sport. An investigation of perceptions of sportspersonship in handball related to important factors of socio-moral influence.
	Mæhle, Magne, Dr. philos.	Re-inventing the child in family therapy: An investigation of the relevance and applicability of theory and research in child development for family therapy involving children.
	Kobbeltvedt, Therese, Dr. psychol.	Risk and feelings: A field approach.
<b>2004</b>	Thomsen, Tormod, Dr. psychol.	Localization of attention in the brain.
<b>H</b>	Løberg, Else-Marie, Dr. psychol.	Functional laterality and attention modulation in schizophrenia: Effects of clinical variables.
	Kyrkjebø, Jane Mikkelsen, Dr. philos.	Learning to improve: Integrating continuous quality improvement learning into nursing education.
	Laumann, Karin, Dr. psychol.	Restorative and stress-reducing effects of natural environments: Experiential, behavioural and cardiovascular indices.
	Holgersen, Helge, PhD	Mellom oss - Essay i relasjonell psykoanalyse.
<b>2005</b>	Hetland, Hilde, Dr. psychol.	Leading to the extraordinary? Antecedents and outcomes of transformational leadership.
<b>V</b>	Iversen, Anette Christine, Dr. philos.	Social differences in health behaviour: the motivational role of perceived control and coping.
<b>2005</b>	Mathisen, Gro Ellen, PhD	Climates for creativity and innovation: Definitions, measurement, predictors and consequences.
<b>H</b>	Sævi, Tone, Dr. philos.	Seeing disability pedagogically – The lived experience of disability in the pedagogical encounter.
	Wiium, Nora, PhD	Intrapersonal factors, family and school norms: combined and interactive influence on adolescent smoking behaviour.
	Kanagaratnam, Pushpa, PhD	Subjective and objective correlates of Posttraumatic Stress in immigrants/refugees exposed to political violence.
	Larsen, Torill M. B. , PhD	Evaluating principals` and teachers` implementation of Second Step. A case study of four Norwegian primary schools.
	Bancila, Delia, PhD	Psychosocial stress and distress among Romanian adolescents and adults.
<b>2006</b>	Hillestad, Torgeir Martin, Dr. philos.	Normalitet og avvik. Forutsetninger for et objektivt psykopatologisk avviksbegrep. En psykologisk, sosial, erkjennelsesteoretisk og teoriehistorisk framstilling.
<b>V</b>		

	Nordanger, Dag Øystein, Dr. psychol.	Psychosocial discourses and responses to political violence in post-war Tigray, Ethiopia.
	Rimol, Lars Morten, PhD	Behavioral and fMRI studies of auditory laterality and speech sound processing.
	Krumsvik, Rune Johan, Dr. philos.	ICT in the school. ICT-initiated school development in lower secondary school.
	Norman, Elisabeth, Dr. psychol.	Gut feelings and unconscious thought: An exploration of fringe consciousness in implicit cognition.
	Israel, K Pravin, Dr. psychol.	Parent involvement in the mental health care of children and adolescents. Emperical studies from clinical care setting.
	Glasø, Lars, PhD	Affects and emotional regulation in leader-subordinate relationships.
	Knutsen, Ketil, Dr. philos.	HISTORIER UNGDOM LEVER – En studie av hvordan ungdommer bruker historie for å gjøre livet meningsfullt.
	Matthiesen, Stig Berge, PhD	Bullying at work. Antecedents and outcomes.
<b>2006</b>	Gramstad, Arne, PhD	Neuropsychological assessment of cognitive and emotional functioning in patients with epilepsy.
<b>H</b>	Bendixen, Mons, PhD	Antisocial behaviour in early adolescence: Methodological and substantive issues.
	Mrumbi, Khalifa Maulid, PhD	Parental illness and loss to HIV/AIDS as experienced by AIDS orphans aged between 12-17 years from Temeke District, Dar es Salaam, Tanzania: A study of the children's psychosocial health and coping responses.
	Hetland, Jørn, Dr. psychol.	The nature of subjective health complaints in adolescence: Dimensionality, stability, and psychosocial predictors
	Kakoko, Deodatus Conatus Vitalis, PhD	Voluntary HIV counselling and testing service uptake among primary school teachers in Mwanza, Tanzania: assessment of socio-demographic, psychosocial and socio-cognitive aspects
	Mykletun, Arnstein, Dr. psychol.	Mortality and work-related disability as long-term consequences of anxiety and depression: Historical cohort designs based on the HUNT-2 study
	Sivertsen, Børge, PhD	Insomnia in older adults. Consequences, assessment and treatment.
<b>2007</b>	Singhammer, John, Dr. philos.	Social conditions from before birth to early adulthood – the influence on health and health behaviour
<b>V</b>	Janvin, Carmen Ani Cristea, PhD	Cognitive impairment in patients with Parkinson's disease: profiles and implications for prognosis
	Braarud, Hanne Cecilie, Dr. psychol.	Infant regulation of distress: A longitudinal study of transactions between mothers and infants
	Tveito, Torill Helene, PhD	Sick Leave and Subjective Health Complaints



	Magnussen, Liv Heide, PhD	Returning disability pensioners with back pain to work
	Thuen, Elin Marie, Dr.philos.	Learning environment, students' coping styles and emotional and behavioural problems. A study of Norwegian secondary school students.
	Solberg, Ole Asbjørn, PhD	Peacekeeping warriors – A longitudinal study of Norwegian peacekeepers in Kosovo
<b>2007</b>	Søreide, Gunn Elisabeth, Dr.philos.	Narrative construction of teacher identity
<b>H</b>	Svensen, Erling, PhD	WORK & HEALTH. Cognitive Activation Theory of Stress applied in an organisational setting.
	Øverland, Simon Nygaard, PhD	Mental health and impairment in disability benefits. Studies applying linkages between health surveys and administrative registries.
	Eichele, Tom, PhD	Electrophysiological and Hemodynamic Correlates of Expectancy in Target Processing
	Børhaug, Kjetil, Dr.philos.	Oppseding til demokrati. Ein studie av politisk oppseding i norsk skule.
	Eikeland, Thorleif, Dr.philos.	Om å vokse opp på barnehjem og på sykehus. En undersøkelse av barnehjemsbarns opplevelser på barnehjem sammenholdt med sanatoriebarns beskrivelse av langvarige sykehusopphold – og et forsøk på forklaring.
	Wadel, Carl Cato, Dr.philos.	Medarbeidersamhandling og medarbeiderledelse i en lagbasert organisasjon
	Vinje, Hege Forbech, PhD	Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses
	Noort, Maurits van den, PhD	Working memory capacity and foreign language acquisition
<b>2008</b>	Brevik, Kyrre, Dr.psychol.	The Adjustment of Children and Adolescents in Different Post-Divorce Family Structures. A Norwegian Study of Risks and Mechanisms.
<b>V</b>	Johnsen, Grethe E., PhD	Memory impairment in patients with posttraumatic stress disorder
	Sætrevik, Bjørn, PhD	Cognitive Control in Auditory Processing
	Carvalho, Susana Fonseca, PhD	Prevention of bullying in schools: an ecological model
<b>2008</b>	Brønnick, Kolbjørn Selvåg	Attentional dysfunction in dementia associated with Parkinson's disease.
<b>H</b>	Posserud, Maj-Britt Rocio	Epidemiology of autism spectrum disorders
	Haug, Ellen	Multilevel correlates of physical activity in the school setting
	Skjerve, Arvid	Assessing mild dementia – a study of brief cognitive tests.

	Kjønniksen, Lise	The association between adolescent experiences in physical activity and leisure time physical activity in adulthood: a ten year longitudinal study
	Gundersen, Hilde	The effects of alcohol and expectancy on brain function
	Omvik, Siri	Insomnia – a night and day problem
<b>2009</b> <b>V</b>	Molde, Helge	Pathological gambling: prevalence, mechanisms and treatment outcome.
	Foss, Else	Den omsorgsfulle væremåte. En studie av voksnes væremåte i forhold til barn i barnehagen.
	Westrheim, Kariane	Education in a Political Context: A study of Knowledge Processes and Learning Sites in the PKK.
	Wehling, Eike	Cognitive and olfactory changes in aging
	Wangberg, Silje C.	Internet based interventions to support health behaviours: The role of self-efficacy.
	Nielsen, Morten B.	Methodological issues in research on workplace bullying. Operationalisations, measurements and samples.
	Sandu, Anca Larisa	MRI measures of brain volume and cortical complexity in clinical groups and during development.
	Guribye, Eugene	Refugees and mental health interventions
	Sørensen, Lin	Emotional problems in inattentive children – effects on cognitive control functions.
	Tjomsland, Hege E.	Health promotion with teachers. Evaluation of the Norwegian Network of Health Promoting Schools: Quantitative and qualitative analyses of predisposing, reinforcing and enabling conditions related to teacher participation and program sustainability.
	Helleve, Ingrid	Productive interactions in ICT supported communities of learners
<b>2009</b> <b>H</b>	Skorpen, Aina Øye, Christine	Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser
	Andreassen, Cecilie Schou	WORKAHOLISM – Antecedents and Outcomes
	Stang, Ingun	Being in the same boat: An empowerment intervention in breast cancer self-help groups
	Sequeira, Sarah Dorothee Dos Santos	The effects of background noise on asymmetrical speech perception
	Kleiven, Jo, dr.philos.	The Lillehammer scales: Measuring common motives for vacation and leisure behavior
	Jónsdóttir, Guðrún	Dubito ergo sum? Ni jenter møter naturfaglig kunnskap.
	Hove, Oddbjørn	Mental health disorders in adults with intellectual disabilities - Methods of assessment and prevalence of mental health disorders and problem behaviour
	Wageningen, Heidi Karin van	The role of glutamate on brain function

	Bjørkvik, Jofrid	God nok? Selvaktelse og interpersonlig fungering hos pasienter innen psykisk helsevern: Forholdet til diagnoser, symptomer og behandlingsutbytte
	Andersson, Martin	A study of attention control in children and elderly using a forced-attention dichotic listening paradigm
	Almås, Aslaug Grov	Teachers in the Digital Network Society: Visions and Realities. A study of teachers' experiences with the use of ICT in teaching and learning.
	Ulvik, Marit	Lærerutdanning som danning? Tre stemmer i diskusjonen
<b>2010</b>	Skår, Randi	Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse. En studie av sykepleieres læringserfaringer.
<b>V</b>	Roald, Knut	Kvalitetsvurdering som organisasjonslæring mellom skole og skoleeigar
	Lunde, Linn-Heidi	Chronic pain in older adults. Consequences, assessment and treatment.
	Danielsen, Anne Grete	Perceived psychosocial support, students' self-reported academic initiative and perceived life satisfaction
	Hysing, Mari	Mental health in children with chronic illness
	Olsen, Olav Kjellevoid	Are good leaders moral leaders? The relationship between effective military operational leadership and morals
	Riese, Hanne	Friendship and learning. Entrepreneurship education through mini-enterprises.
	Holthe, Asle	Evaluating the implementation of the Norwegian guidelines for healthy school meals: A case study involving three secondary schools
<b>H</b>	Hauge, Lars Johan	Environmental antecedents of workplace bullying: A multi-design approach
	Bjørkelo, Brita	Whistleblowing at work: Antecedents and consequences
	Reme, Silje Endresen	Common Complaints – Common Cure? Psychiatric comorbidity and predictors of treatment outcome in low back pain and irritable bowel syndrome
	Helland, Wenche Andersen	Communication difficulties in children identified with psychiatric problems
	Beneventi, Harald	Neuronal correlates of working memory in dyslexia
	Thygesen, Elin	Subjective health and coping in care-dependent old persons living at home
	Aanes, Mette Marthinussen	Poor social relationships as a threat to belongingness needs. Interpersonal stress and subjective health complaints: Mediating and moderating factors.
	Anker, Morten Gustav	Client directed outcome informed couple therapy

	Bull, Torill	Combining employment and child care: The subjective well-being of single women in Scandinavia and in Southern Europe
	Viig, Nina Grieg	Tilrettelegging for læreres deltakelse i helsefremmende arbeid. En kvalitativ og kvantitativ analyse av sammenhengen mellom organisatoriske forhold og læreres deltakelse i utvikling og implementering av Europeisk Nettverk av Helsefremmende Skoler i Norge
	Wolff, Katharina	To know or not to know? Attitudes towards receiving genetic information among patients and the general public.
	Ogden, Terje, dr.philos.	Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge.
	Solberg, Mona Elin	Self-reported bullying and victimisation at school: Prevalence, overlap and psychosocial adjustment.
<b>2011 V</b>	Bye, Hege Høivik	Self-presentation in job interviews. Individual and cultural differences in applicant self-presentation during job interviews and hiring managers' evaluation
	Notelaers, Guy	Workplace bullying. A risk control perspective.
	Moltu, Christian	Being a therapist in difficult therapeutic impasses. A hermeneutic phenomenological analysis of skilled psychotherapists' experiences, needs, and strategies in difficult therapies ending well.
	Myrseth, Helga	Pathological Gambling - Treatment and Personality Factors
	Schanche, Elisabeth	From self-criticism to self-compassion. An empirical investigation of hypothesized change processes in the Affect Phobia Treatment Model of short-term dynamic psychotherapy for patients with Cluster C personality disorders.
	Våpenstad, Eystein Victor, dr.philos.	Det tempererte nærvær. En teoretisk undersøkelse av psykoterapeutens subjektivitet i psykoanalyse og psykoanalytisk psykoterapi.
	Haukebø, Kristin	Cognitive, behavioral and neural correlates of dental and intra-oral injection phobia. Results from one treatment and one fMRI study of randomized, controlled design.
	Harris, Anette	Adaptation and health in extreme and isolated environments. From 78°N to 75°S.
	Bjørknes, Ragnhild	Parent Management Training-Oregon Model: intervention effects on maternal practice and child behavior in ethnic minority families
	Mamen, Asgeir	Aspects of using physical training in patients with substance dependence and additional mental distress
	Espevik, Roar	Expert teams: Do shared mental models of team members make a difference
	Haara, Frode Olav	Unveiling teachers' reasons for choosing practical activities in mathematics teaching

<b>2011</b> <b>H</b>	Hauge, Hans Abraham	How can employee empowerment be made conducive to both employee health and organisation performance? An empirical investigation of a tailor-made approach to organisation learning in a municipal public service organisation.
	Melkevik, Ole Rogstad	Screen-based sedentary behaviours: pastimes for the poor, inactive and overweight? A cross-national survey of children and adolescents in 39 countries.
	Vøllestad, Jon	Mindfulness-based treatment for anxiety disorders. A quantitative review of the evidence, results from a randomized controlled trial, and a qualitative exploration of patient experiences.
	Tolo, Astrid	Hvordan blir lærerkompetanse konstruert? En kvalitativ studie av PPU-studenters kunnskapsutvikling.
	Saus, Evelyn-Rose	Training effectiveness: Situation awareness training in simulators
	Nordgreen, Tine	Internet-based self-help for social anxiety disorder and panic disorder. Factors associated with effect and use of self-help.
	Munkvold, Linda Helen	Oppositional Defiant Disorder: Informant discrepancies, gender differences, co-occurring mental health problems and neurocognitive function.
	Christiansen, Øivin	Når barn plasseres utenfor hjemmet: beslutninger, forløp og relasjoner. Under barnevernets (ved)tak.
	Brunborg, Geir Scott	Conditionability and Reinforcement Sensitivity in Gambling Behaviour
	Hystad, Sigurd William	Measuring Psychological Resiliency: Validation of an Adapted Norwegian Hardiness Scale
<b>2012</b> <b>V</b>	Roness, Dag	Hvorfor bli lærer? Motivasjon for utdanning og utøving.
	Fjermestad, Krister Westlye	The therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for youth anxiety disorders
	Jenssen, Eirik Sørnes	Tilpasset opplæring i norsk skole: politikeres, skolelederes og læreres handlingsvalg
	Saksvik-Lehouillier, Ingvild	Shift work tolerance and adaptation to shift work among offshore workers and nurses
	Johansen, Venke Frederike	Når det intime blir offentlig. Om kvinners åpenhet om brystkreft og om markedsføring av brystkreftsaken.
	Herheim, Rune	Pupils collaborating in pairs at a computer in mathematics learning: investigating verbal communication patterns and qualities
	Vie, Tina Løkke	Cognitive appraisal, emotions and subjective health complaints among victims of workplace bullying: A stress-theoretical approach
	Jones, Lise Øen	Effects of reading skills, spelling skills and accompanying efficacy beliefs on participation in education. A study in Norwegian prisons.

<b>2012</b> <b>H</b>	Danielsen, Yngvild Sørebo	Childhood obesity – characteristics and treatment. Psychological perspectives.
	Horverak, Jøri Gytre	Sense or sensibility in hiring processes. Interviewee and interviewer characteristics as antecedents of immigrant applicants' employment probabilities. An experimental approach.
	Jøsendal, Ola	Development and evaluation of BE smokeFREE, a school-based smoking prevention program
	Osnes, Berge	Temporal and Posterior Frontal Involvement in Auditory Speech Perception
	Drageset, Sigrunn	Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer
	Aasland, Merethe Schanke	Destructive leadership: Conceptualization, measurement, prevalence and outcomes
	Bakibinga, Pauline	The experience of job engagement and self-care among Ugandan nurses and midwives
	Skogen, Jens Christoffer	Foetal and early origins of old age health. Linkage between birth records and the old age cohort of the Hordaland Health Study (HUSK)
	Leversen, Ingrid	Adolescents' leisure activity participation and their life satisfaction: The role of demographic characteristics and psychological processes
	Hanss, Daniel	Explaining sustainable consumption: Findings from cross-sectional and intervention approaches
Rød, Per Arne	Barn i klem mellom foreldrekonflikter og samfunnsmessig beskyttelse	
<b>2013</b> <b>V</b>	Mentzoni, Rune Aune	Structural Characteristics in Gambling
	Knudsen, Ann Kristin	Long-term sickness absence and disability pension award as consequences of common mental disorders. Epidemiological studies using a population-based health survey and official ill health benefit registries.
	Strand, Mari	Emotional information processing in recurrent MDD
	Veseth, Marius	Recovery in bipolar disorder. A reflexive-collaborative exploration of the lived experiences of healing and growth when battling a severe mental illness
	Mæland, Silje	Sick leave for patients with severe subjective health complaints. Challenges in general practice.
	Mjaaland, Thera	At the frontiers of change? Women and girls' pursuit of education in north-western Tigray, Ethiopia
	Odéen, Magnus	Coping at work. The role of knowledge and coping expectancies in health and sick leave.
	Hynninen, Kia Minna Johanna	Anxiety, depression and sleep disturbance in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Associations, prevalence and effect of psychological treatment.

	Flo, Elisabeth	Sleep and health in shift working nurses
	Aasen, Elin Margrethe	From paternalism to patient participation? The older patients undergoing hemodialysis, their next of kin and the nurses: a discursive perspective on perception of patient participation in dialysis units
	Ekornås, Belinda	Emotional and Behavioural Problems in Children: Self-perception, peer relationships, and motor abilities
	Corbin, J. Hope	North-South Partnerships for Health: Key Factors for Partnership Success from the Perspective of the KIWAKKUKI
	Birkeland, Marianne Skogbrott	Development of global self-esteem: The transition from adolescence to adulthood
<b>2013</b>	Gianella-Malca, Camila	Challenges in Implementing the Colombian Constitutional Court's Health-Care System Ruling of 2008
<b>H</b>	Hovland, Anders	Panic disorder – Treatment outcomes and psychophysiological concomitants
	Mortensen, Øystein	The transition to parenthood – Couple relationships put to the test
	Årdal, Guro	Major Depressive Disorder – a Ten Year Follow-up Study. Inhibition, Information Processing and Health Related Quality of Life
	Johansen, Rino Bandlitz	The impact of military identity on performance in the Norwegian armed forces
	Bøe, Tormod	Socioeconomic Status and Mental Health in Children and Adolescents
<b>2014</b>	Nordmo, Ivar	Gjennom nåløyet – studenters læringserfaringer i psykologutdanningen
<b>V</b>	Dovran, Anders	Childhood Trauma and Mental Health Problems in Adult Life
	Hegelstad, Wenche ten Velden	Early Detection and Intervention in Psychosis: A Long-Term Perspective
	Urheim, Ragnar	Forståelse av pasientagresjon og forklaringer på nedgang i voldsrate ved Regional sikkerhetsavdeling, Sandviken sykehus
	Kinn, Liv Grethe	Round-Trips to Work. Qualitative studies of how persons with severe mental illness experience work integration.
	Rød, Anne Marie Kinn	Consequences of social defeat stress for behaviour and sleep. Short-term and long-term assessments in rats.
	Nygård, Merethe	Schizophrenia – Cognitive Function, Brain Abnormalities, and Cannabis Use
	Tjora, Tore	Smoking from adolescence through adulthood: the role of family, friends, depression and socioeconomic status. Predictors of smoking from age 13 to 30 in the "The Norwegian Longitudinal Health Behaviour Study" (NLHB)
	Vangsnes, Vigdis	The Dramaturgy and Didactics of Computer Gaming. A Study of a Medium in the Educational Context of Kindergartens.

	Nordahl, Kristin Berg	Early Father-Child Interaction in a Father-Friendly Context: Gender Differences, Child Outcomes, and Protective Factors related to Fathers' Parenting Behaviors with One-year-olds
<b>2014</b>	Sandvik, Asle Makoto	Psychopathy – the heterogeneity of the construct
<b>H</b>	Skotheim, Siv	Maternal emotional distress and early mother-infant interaction: Psychological, social and nutritional contributions
	Halleland, Helene Barone	Executive Functioning in adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). From basic mechanisms to functional outcome.
	Halvorsen, Kirsti Vindal	Partnerskap i lærerutdanning, sett fra et økologisk perspektiv
	Solbue, Vibeke	Dialogen som visker ut kategorier. En studie av hvilke erfaringer innvanderungdommer og norskfødte med innvandrerforeldre har med videregående skole. Hva forteller ungdommenes erfaringer om videregående skoles håndtering av etniske ulikheter?
	Kvalevaag, Anne Lise	Fathers' mental health and child development. The predictive value of fathers' psychological distress during pregnancy for the social, emotional and behavioural development of their children
	Sandal, Ann Karin	Ungdom og utdanningsval. Om elevar sine opplevingar av val og overgangsprossar.
	Haug, Thomas	Predictors and moderators of treatment outcome from high- and low-intensity cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. Association between patient and process factors, and the outcome from guided self-help, stepped care, and face-to-face cognitive behavioral therapy.
	Sjølie, Hege	Experiences of Members of a Crisis Resolution Home Treatment Team. Personal history, professional role and emotional support in a CRHT team.
	Falkenberg, Liv Eggset	Neuronal underpinnings of healthy and dysfunctional cognitive control
	Mrdalj, Jelena	The early life condition. Importance for sleep, circadian rhythmicity, behaviour and response to later life challenges
	Hesjedal, Elisabeth	Tverrprofesjonelt samarbeid mellom skule og barnevern: Kva kan støtte utsette barn og unge?
<b>2015</b>	Hauken, May Aasebø	« <i>The cancer treatment was only half the work!</i> » A Mixed-Method Study of Rehabilitation among Young Adult Cancer Survivors
<b>V</b>	Ryland, Hilde Katrin	Social functioning and mental health in children: the influence of chronic illness and intellectual function
	Rønsen, Anne Kristin	Vurdering som profesjonskompetanse. Refleksjonsbasert utvikling av læreres kompetanse i formativ vurdering



	Hoff, Helge Andreas	Thinking about Symptoms of Psychopathy in Norway: Content Validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) Model in a Norwegian Setting
	Schmid, Marit Therese	Executive Functioning in recurrent- and first episode Major Depressive Disorder. Longitudinal studies
	Sand, Liv	Body Image Distortion and Eating Disturbances in Children and Adolescents
	Matanda, Dennis Juma	Child physical growth and care practices in Kenya: Evidence from Demographic and Health Surveys
	Amugsi, Dickson Abanimi	Child care practices, resources for care, and nutritional outcomes in Ghana: Findings from Demographic and Health Surveys
	Jakobsen, Hilde	The good beating: Social norms supporting men's partner violence in Tanzania
	Sagoe, Dominic	Nonmedical anabolic-androgenic steroid use: Prevalence, attitudes, and social perception
	Eide, Helene Marie Kjærgård	Narrating the relationship between leadership and learning outcomes. A study of public narratives in the Norwegian educational sector.
<b>2015</b>	Wubs, Annegreet Gera	Intimate partner violence among adolescents in South Africa and Tanzania
<b>H</b>	Hjelmervik, Helene Susanne	Sex and sex-hormonal effects on brain organization of fronto-parietal networks
	Dahl, Berit Misund	The meaning of professional identity in public health nursing
	Røykenes, Kari	Testangst hos sykepleierstudenter: «Alternativ behandling»
	Bless, Josef Johann	The smartphone as a research tool in psychology. Assessment of language lateralization and training of auditory attention.
	Løvvik, Camilla Margrethe Sigvaldsen	Common mental disorders and work participation – the role of return-to-work expectations
	Lehmann, Stine	Mental Disorders in Foster Children: A Study of Prevalence, Comorbidity, and Risk Factors
	Knapstad, Marit	Psychological factors in long-term sickness absence: the role of shame and social support. Epidemiological studies based on the Health Assets Project.
<b>2016</b>	Kvestad, Ingrid	Biological risks and neurodevelopment in young North Indian children
<b>V</b>	Sælør, Knut Tore	Hinderløyper, halmstrå og hengende snører. En kvalitativ studie av håp innenfor psykisk helse- og rusfeltet.
	Mellingen, Sonja	Alkoholbruk, partilfredshet og samlivsstatus. Før, inn i, og etter svangerskapet – korrelerer eller konsekvenser?
	Thun, Eirunn	Shift work: negative consequences and protective factors

	Hilt, Line Torbjørnsen	The borderlands of educational inclusion. Analyses of inclusion and exclusion processes for minority language students
	Havnen, Audun	Treatment of obsessive-compulsive disorder and the importance of assessing clinical effectiveness
	Slåtten, Hilde	Gay-related name-calling among young adolescents. Exploring the importance of the context.
	Ree, Eline	Staying at work. The role of expectancies and beliefs in health and workplace interventions.
	Morken, Frøydis	Reading and writing processing in dyslexia
<b>2016</b>	Løvoll, Helga Synnevåg	Inside the outdoor experience. On the distinction between pleasant and interesting feelings and their implication in the motivational process.
<b>H</b>	Hjeltnes, Aslak	Facing social fears: An investigation of mindfulness-based stress reduction for young adults with social anxiety disorder
	Øyeflaten, Irene Larsen	Long-term sick leave and work rehabilitation. Prognostic factors for return to work.
	Henriksen, Roger Ekeberg	Social relationships, stress and infection risk in mother and child
	Johnsen, Iren	«Only a friend» - The bereavement process of young adults who have lost a friend to a traumatic death. A mixed methods study.
	Helle, Siri	Cannabis use in non-affective psychoses: Relationship to age at onset, cognitive functioning and social cognition
	Glambek, Mats	Workplace bullying and expulsion in working life. A representative study addressing prospective associations and explanatory conditions.
	Oanes, Camilla Jensen	Tilbakemelding i terapi. På hvilke måter opplever terapeuter at tilbakemeldingsprosedyrer kan virke inn på terapeutiske praksiser?
	Reknes, Iselin	Exposure to workplace bullying among nurses: Health outcomes and individual coping
	Chimhutu, Victor	Results-Based Financing (RBF) in the health sector of a low-income country. From agenda setting to implementation: The case of Tanzania
	Ness, Ingunn Johanne	The Room of Opportunity. Understanding how knowledge and ideas are constructed in multidisciplinary groups working with developing innovative ideas.
	Hollekim, Ragnhild	Contemporary discourses on children and parenting in Norway. An empirical study based on two cases.
	Doran, Rouven	Eco-friendly travelling: The relevance of perceived norms and social comparison
<b>2017</b>	Katisi, Masego	The power of context in health partnerships: Exploring synergy and antagonism between external and internal ideologies in implementing Safe Male Circumcision (SMC) for HIV prevention in Botswana
<b>V</b>		

Jamaludin, Nor Lelawati Binti	The “why” and “how” of International Students’ Ambassadorship Roles in International Education
Berthelsen, Mona	Effects of shift work and psychological and social work factors on mental distress. Studies of onshore/offshore workers and nurses in Norway.
Krane, Vibeke	Lærer-elev-relasjoner, elevers psykiske helse og frafall i videregående skole – en eksplorerende studie om samarbeid og den store betydningen av de små ting
Søvik, Margaret Ljosnes	Evaluating the implementation of the Empowering Coaching™ program in Norway
Tonheim, Milfrid	A troublesome transition: Social reintegration of girl soldiers returning ‘home’
Senneseth, Mette	Improving social network support for partners facing spousal cancer while caring for minors. A randomized controlled trial.
Urke, Helga Bjørnøy	Child health and child care of very young children in Bolivia, Colombia and Peru.
Bakhturidze, George	Public Participation in Tobacco Control Policy-making in Georgia
Fismen, Anne-Siri	Adolescent eating habits. Trends and socio-economic status.
<b>2017 H</b>	Hagatun, Susanne
	Internet-based cognitive-behavioural therapy for insomnia. A randomised controlled trial in Norway.
	Eichele, Heike
	Electrophysiological Correlates of Performance Monitoring in Children with Tourette Syndrome. A developmental perspective.
	Risan, Ulf Patrick
	Accommodating trauma in police interviews. An exploration of rapport in investigative interviews of traumatized victims.
	Sandhåland, Hilde
	Safety on board offshore vessels: A study of shipboard factors and situation awareness
	Blågestad, Tone Fidje
	Less pain – better sleep and mood? Interrelatedness of pain, sleep and mood in total hip arthroplasty patients
	Kronstad, Morten
	Frå skulebenk til deadlines. Korleis nettjournalistar og journaliststudentar lærer, og korleis dei utviklar journalistfagleg kunnskap
	Vedaa, Øystein
	Shift work: The importance of sufficient time for rest between shifts.
	Steine, Iris Mulders
	Predictors of symptoms outcomes among adult survivors of sexual abuse: The role of abuse characteristics, cumulative childhood maltreatment, genetic variants, and perceived social support.
	Høgheim, Sigve
	Making math interesting: An experimental study of interventions to encourage interest in mathematics

<b>2018</b> <b>V</b>	Brevik, Erlend Joramo	Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Beyond the Core Symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
	Erevik, Eilin Kristine	User-generated alcohol-related content on social media: Determinants and relation to offline alcohol use
	Hagen, Egon	Cognitive and psychological functioning in patients with substance use disorder; from initial assessment to one-year recovery
	Adólfssdóttir, Steinunn	Subcomponents of executive functions: Effects of age and brain maturations
	Brattabø, Ingrid Vaksdal	Detection of child maltreatment, the role of dental health personnel – A national cross-sectional study among public dental health personnel in Norway
	Fylkesnes, Marte Knag	Frykt, forhandlinger og deltakelse. Ungdommer og foreldre med etnisk minoritetsbakgrunn i møte med den norske barnevernstjenesten.
	Stiegler, Jan Reidar	Processing emotions in emotion-focused therapy. Exploring the impact of the two-chair dialogue intervention.
	Egelandsdal, Kjetil	Clickers and Formative Feedback at University Lectures. Exploring students and teachers' reception and use of feedback from clicker interventions.
	Torjussen, Lars Petter Storm	Foreningen av visdom og veltalenhet – utkast til en universitetsdidaktikk gjennom en kritikk og videreføring av Skjervheims pedagogiske filosofi på bakgrunn av Arendt og Foucault. <i>Eller hvorfor menneskelivet er mer som å spille fløyte enn å bygge et hus.</i>
	Selvik, Sabreen	A childhood at refuges. Children with multiple relocations at refuges for abused women.
<b>2018</b> <b>H</b>	Leino, Tony Mathias	Structural game characteristics, game features, financial outcomes and gambling behaviour
	Raknes, Solfrid	Anxious Adolescents: Prevalence, Correlates, and Preventive Cognitive Behavioural Interventions
	Morken, Katharina Teresa Enehaug	Mentalization-based treatment of female patients with severe personality disorder and substance use disorder
	Braatveit, Kirsten Johanne	Intellectual disability among in-patients with substance use disorders
	Barua, Padmaja	Unequal Interdependencies: Exploring Power and Agency in Domestic Work Relations in Contemporary India
	Darkwah, Ernest	Caring for “parentless” children. An exploration of work-related experiences of caregivers in children's homes in Ghana.
	Valdersnes, Kjersti Bergheim	Safety Climate perceptions in High Reliability Organizations – the role of Psychological Capital

<b>2019</b> <b>V</b>	Kongsgården, Petter	Vurderingspraksiser i teknologirike læringsmiljøer. En undersøkelse av læreres vurderingspraksiser i teknologirike læringsmiljøer og implikasjoner på elevenes medvirkning i egen læringsprosess.
	Vikene, Kjetil	Complexity in Rhythm and Parkinson's disease: Cognitive and Neuronal Correlates
	Heradstveit, Ove	Alcohol- and drug use among adolescents. School-related problems, childhood mental health problems, and psychiatric diagnoses.
	Riise, Eili Nygard	Concentrated exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder in adolescents: the Bergen 4-day treatment
	Vik, Alexandra	Imaging the Aging Brain: From Morphometry to Functional Connectivity
	Krossbakken, Elfrid	Personal and Contextual Factors Influencing Gaming Behaviour. Risk Factors and Prevention of Video Game Addiction.
	Solholm, Roar	Foreldrenes status og rolle i familie- og nærmiljøbaserte intervensjoner for barn med atferdsvansker
	Baldomir, Andrea Margarita	Children at Risk and Mothering Networks in Buenos Aires, Argentina: Analyses of Socialization and Law-Abiding Practices in Public Early Childhood Intervention.
	Samuelsson, Martin Per	Education for Deliberative Democracy. Theoretical assumptions and classroom practices.
	Visted, Endre	Emotion regulation difficulties. The role in onset, maintenance and recurrence of major depressive disorder.
<b>2019</b> <b>H</b>	Nordmo, Morten	Sleep and naval performance. The impact of personality and leadership.
	Sveinsdottir, Vigdis	Supported Employment and preventing Early Disability (SEED)
	Dwyer, Gerard Eric	New approaches to the use of magnetic resonance spectroscopy for investigating the pathophysiology of auditory-verbal hallucinations
	Synnevåg, Ellen Strøm	Planning for Public Health. Balancing top-down and bottom-up approaches in Norwegian municipalities.
	Kvinge, Øystein Røsseland	Presentation in teacher education. A study of student teachers' transformation and representation of subject content using semiotic technology.
	Thorsen, Anders Lillevik	The emotional brain in obsessive-compulsive disorder
	Eldal, Kari	Sikkerhetsnettet som tek imot om eg fell – men som også kan fange meg. Korleis erfarer menneske med psykiske lidningar ei innlegging i psykisk helsevern? Eit samarbeidsbasert forskingsprosjekt mellom forskarar og brukarar.

	Svendsen, Julie Lillebostad	Self-compassion - Relationship with mindfulness, emotional stress symptoms and psychophysiological flexibility
<b>2020</b> <b>V</b>	Albæk, Ane Ugland	Walking children through a minefield. Qualitative studies of professionals' experiences addressing abuse in child interviews.



Graphic design: Kommunikasjonsevidlingen, UIB / Trykk: Skjerve Kommunikasjon AS



[uib.no](http://uib.no)

9788230849439 (print)

9788230862889 (PDF)