

Vendepunktet er den andre

*En kvalitativ studie av pasienters
erfaring med depresjon, skam og
profesjonell relasjon i psykisk
helsevern*

Vendepunktet er den andre

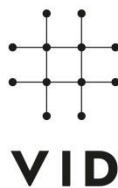
En kvalitativ studie av pasienters erfaring med depresjon, skam og profesjonell relasjon i psykisk helsevern

Marte Bygstad-Landro

Dissertation Submitted
in Partial Fulfilment of the Requirements
for the Degree of Philosophiae Doctor (Ph.D)

VID Specialized University

2022





© Marte Bygstad-Landro, 2022

ISBN: 978-82-8456-024-3

ISSN: 2535-3071

Digital version

Dissertation Series for the Degree of Philosophiae Doctor (Ph.D.) at VID Specialized University No. 46

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted, in any form or by any means, without permission.

Cover: Dinamo

VID Specialized University

post@vid.no

www.vid.no

Fagmiljø

Dette forskningsprosjektet har sin bakgrunn i et samarbeid mellom VID vitenskapelige høyskole, Solli Distriktpsikiatriske Senter (DPS) og Haraldsplass Diakonale stiftelse. Prosjektet vokste fram i takt med vektlegging av forskningsbaserte behandlingsformer og forskning som prioritert oppgave, både i spesialisthelsetjenesten og i høyskolen. Gjennom stipendiatperioden har jeg vært tilknyttet VID vitenskapelige høyskole og avhandlingen skrives inn i ph.d.-programmet *Diakoni, verdier og profesjonell praksis*.

Å forske innenfor rammene til en høyskole og et ph.d.-program som står i en diakonal og verdibasert tradisjon betyr å rette seg mot det menneskelig sårbare og oversette, og i denne avhandlingen særlig mot profesjonell praksis innen psykisk helsearbeid.

De tre delstudiene som danner grunnlag for denne avhandlingen, bygger på innsamlet datamateriale fra to ulike DPS i Sør-Norge. Sammen med nevnte føringer utenfra var det også ønskelig at temaet for ph.d-arbeidet skulle være praksisnært og ta utgangspunkt i pasientens stemme, samt at det skulle bidra til å bygge forskningskultur i en ordinær og travel klinisk hverdag. Samarbeidet med klinikerne i praksis var nært gjennom rekrutterings- og intervjufasene, og jeg ble møtt med velvillighet og interesse for prosjektet.

Forskningsnettverket under stipendiatperioden har vært *EKSISTENSforsk* ved VID vitenskapelige høyskole, forskerskolen *Religion, Values and Society (RVS)*, forskningsnettverket *Omsorgens grunnlag, fenomener og vilkår* ved Høyskulen på Vestlandet, og Solli DPS (FoU). Disse ulike tilhørighetene har bidratt med konstruktive innspill på tekster og artikler underveis, vært faglige fora og gitt mulighet for deltagelse på skriveseminarer og foredrag med relevans både metodologisk og tematisk.

Hovedveileder:

Professor Tove Giske, Fakultet for helsefag v/VID vitenskapelige høyskole i Bergen

Biveiledere:

Professor emerita Kari Martinsen v/VID vitenskapelige høyskole i Bergen

Professor Astrid Blystad, Institutt for global helse og samfunnsmedisin v/Universitetet i Bergen

Professor Tone Sævi, Fakultet for helsefag v/VID vitenskapelige høyskole i Bergen

Forord

Det nærmer seg slutten på mange års arbeid. Litt overraskende så melder det seg ikke bare lettelse og glede, men også en slags sorg over at noen privilegerte år er over. Det er med mange ulike følelser, men mest av alt med stor takknemlighet, jeg avslutter dette arbeidet.

Kjære studiedeltagere. Deres bidrag er uvurderlige. Takk!

Tove Giske, du er og har vært en klippe og helt avgjørende for at dette prosjektet skulle komme i havn. Fast i troen på at jeg skulle klare det har du veiledet meg gjennom alle seks årene - tilgjengelig, stødig og omtensksom, vennlig og bestemt, klok og nær. Takk.

Kari Martinsen og Astrid Blystad, takk for undrende og utfordrende spørsmål, presise kommentarer, gjennomlesning av materialer og grundige tilbakemeldinger. Dere har ført meg stadig videre og har mye å gi. Tone Sævi, du ble invitert inn i siste del av avhandlingen, og har med tålmodighet, varme, kunnskap og visdom veiledet meg i arbeidet med delstudie 3. Jeg er takknemlig for alt det du har lært meg.

Mine ledere fra Solli DPS og VID, Inger-Johanne Nedreaas Haukedal, Ingrid Torsteinsson og Jørn Henning Theis, jeg er takknemlig for at dere gav meg mulighet og mot til å ta valget om å begynne på doktorgrad. Min nåværende sjef, instituttleder Anita Lyssand, takk for imøtekommenhet, velvillighet og stor fleksibilitet.

Jeg har så mange gode kollegaer ved VID, i administrasjon, i ledergruppen og vitenskapelig ansatte som har vært betydningsfulle på hver sine måter. Takk. Særlig takk til bibliotekarene Irene Hunskår, Anne-Berit Lie og Ketil Monsen. Dere er alltid hjelpsomme, på utkikk etter relevant litteratur, petimeter på referanser og helt rå på søk.

Forskerskolen Religion Values and Society (RVS) ved Geir Afdal. Det har vært utviklende, lærerikt og et særlig privilegium å få være del av RVS. Takk.

Stipendiatgjengen min. Dere er en fest. Jeg er stolt av å være del av en så god og dyktig gjeng. Kjære følgesvenner, Eli Lea og Ann Kristin Fjørtoft, takk for omsorg til veis ende. Helene, takk for at du har lest tekster og stilt som innsiktsfull samtalepartner. Du har blitt en kjær venn.

Sinkerud (Flinterud) og Snikholmen (Stikkholmen) (Tone og Stine) – dette er en særlig hilsen til dere fra meg, Langdryg. Vi har gått veien sammen. Oppturer og nedturer, gråt og latter, gøy og gale. Dere er de beste (og helt uunnværlige) medvandrere og venner jeg kunne ønske meg. Takk.

Kjære vennene mine. Fine Gunnhild Hoprekstad som har lest korrektur midt i livets tumulter. Takk. Kjære «nyttårgjengen» Silje & Odd-Arild Algrøy, Ingrid & Andreas Bjørkhaug, Hanne & Kristian Bjørkhaug, dere betyr mye for oss! May-Irene Wergeland, Mette Bø Lyngstad og Annette Michelsen takk for interesse, begeistring, godhet og heining. Hannevenn (Løvenholdt), takk for praktisk kjærlighet, raushet og oppmuntring. Kristin Tuven, takk for stor omsorg gjennom innspurten, kloke innspill til avhandlingen og at du har lest om og om igjen. Audhild Steinnes Heum og Karen Ann Silset, takk for møter og samtaler som alltid berører. Jeg har dere kjær. Marianne F. Abdallah, takk for at du har flydd inn til Bergen jevnt og trutt, lekt og tullet og gjort livet vårt fylt av glede. Bjørgusen vår (Bjørghild Wiik), i tillegg til å ta vare på tennene mine, passet barna mine og vært privat hotell, er jeg mest av alt takknemlig for vennskapet vårt. Elisabeth Ellingjord, my person, takk for at du alltid har vært og er der. Kjære, vakre kvinnegruppa mi - Anne Marie Bie Wikander, Kristin Hagen, Irene Eikanger, Hanne Daae, Anne Berit Mathisen, Vivi Lill Bech, Reidun Helle-Johnsen, Adelheid Windendal og Karianne Fedøy Magnussen – Takk & Amen. Einar Helgaas og Magnar Børnes – takk for vennskap, fellesskap og samvær som betyr mye! Audhild Helgaas & Kristin Heien Børnes, mine trofaste søstre i sjelen og i livet. Ewig takk for turer, samtaler, middager, bønn, og omsorg, og for at dere utrettelig har gitt meg mot og tro på arbeidet. Jeg er rik, fordi dere er.

Kjære storfamilie. Takk for stadig interesse for avhandlingsarbeidet, avlastning hjemme og fordi dere er den fineste familien jeg kunne ønske meg. Kjære svigermor, Gerd, takk for ditt åpne hjem og praktiske omsorg. Kjære, savnede svigerfar, Tor, håper du smiler fra himmelen. Mamma & pappa, mine kunnskapsrike, kjærlige, støttende, hjelpsomme foreldre. Denne lange innspurten hadde ikke vært mulig uten deres hjelp. Jeg er så takknemlig for, og så glad i dere!

Gustav & Alexander, fineste guttene mine - hele livene deres har jeg holdt på med avhandlingsarbeid - nå blir jeg «vanlig» mamma. Og aller kjæreste Håkon min, nå blir jeg «vanlig» kone. I alle fall nesten. Takk for betingelsesløs tålmodighet, raushet og kjærlighet. Der dere er, der er mitt hjem.

Marte Bygstad-Landro, Bergen, 20. september 2022

Sammendrag

Denne avhandlingen er en kvalitativ studie av menneskers erfaringer med depresjon og skam, samt av gjennomlevde opplevelser i pasient-sykepleierrelasjon. Studiens kontekst er profesjonell praksis innen psykisk helsearbeid.

Avhandlingen har et kvalitativt design og er delt inn i tre delstudier. Delstudie 1 er en klassisk Grounded Theory (GT) studie. Delstudie 2 er basert på en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming inspirert av van Manen. Delstudie 3 har en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming i tråd med van Manen og praksisens fenomenologi. Det ble foretatt 19 dybdeintervjuer med 18 deltagere; 10 kvinner og 8 menn i alderen 18-65 år, - i tidsrommet mai 2015 til november 2016. Hvert intervju varte mellom 60 og 120 minutter. Ved ett tilfelle ble en deltager intervjuet to ganger. Det samme empiriske materialet ble benyttet i alle tre delstudiene.

Delstudie 1 undersøker hvordan mennesker erfarer og håndterer depresjon. Studien finner at deltagerne gikk gjennom et depresjonsforløp som en prosess med fire faser, en «grounded theory». Deltagerne delte en felles hovedutfordring som kom til uttrykk gjennom lengsel etter tilhørighet. Det avgjørende for bedring var at deltagerne våget å tre frem som den de er («Risking existence»), samt å dele erfaringene sine. Skamfølelsen viste seg å være av stor betydning gjennom depresjonsforløpet og særlig i andre fase («Giving clues»).

Delstudie 2 er en fenomenologisk utforskning av deltagerens erfaringer med skam. Funnene viser hvordan skam kan komme til uttrykk, og hvordan skam påvirker relasjonen til andre. Betydningen av tilhørighet, fellesskap og relasjon viser seg gjennomgående i det empiriske materialet.

Delstudie 3 undersøker gjennomlevde opplevelser med pasient-sykepleier-relasjonen i lys av begrepene forskjellighet, sammenhet og omsorg (Heideggers begrep «solicitude»). Studien finner at forskjellighet paradoksalt nok er forutsetningen for å oppleve fellesskap fordi hver av partene da er fri til å oppleve relasjonen på sin måte.

Studiens funn blir drøftet med utgangspunkt i Kari Martinsens ontologiske situasjonsetikk og i lys av filosofi, teori og forskning relatert til skam og depresjon.

Avhandlingens bidrag til klinisk praksis og forskningsfeltet er en «grounded theory» som viser faser i et depresjonsforløp, og som identifiserer skam som et kjernefenomen i erfaringen av depresjon. Videre bidrar studien med kunnskap om skammens mange ulike uttrykk, kroppslige og relasjonelle, og hvilke kvaliteter ved pasient-sykepleierrelasjonen som er av betydning når mennesker erfarer depresjon og skam.

Abstract

This dissertation is a qualitative study of patients' lived experiences of depression and shame, as well as lived experience of nurse-patient relations in psychiatric treatment.

The study has a qualitative design and is divided into three sub studies. Sub study 1 is a classical grounded theory (GT) study. Sub study 2 is inspired by van Manen and hermeneutic phenomenology. Sub study 3 has a hermeneutic phenomenological approach in line with van Manen's Phenomenology of Practice. In the period from May 2015 to November 2016, 19 in-depth interviews were conducted with 18 participants; 10 women and 8 men aged 18-65. Each interview lasted between 60 and 120 minutes. In one case, a participant was interviewed twice. The same data material was used in all three sub-studies.

In the perspective of grounded theory, the findings from the first sub-study show how the participants went through a course of depression, described as a four-phase process. Further the findings show how the participants shared a common main concern that was expressed through *longing for belonging*. The crucial premises for moving forward, and for improvement are the participants courage to be themselves, and to share their experiences (Risking existence). Shame proved to be significant through the process of depression.

The second sub study shows how shame can be expressed and how the feeling of shame may threaten social ties in the sense that it may have consequences for the relationship with others. The importance of the three concepts «belonging», «community» and «the other», is evident throughout the empirical material.

The third sub study explores the lived experience of the patient-nurse relationship according to the concepts difference, togetherness, and solicitude. The findings of the study are discussed based on Kari Martinsen's ontological situational ethics and in the light of philosophy, theory and research related to concepts of shame and depression.

The dissertation contributes to professional practice and the research field with a grounded theory that describes the process of depression and identifies shame as a core phenomenon in the experience of depression. Furthermore, the study contributes with knowledge about the multitude of expressions of shame, bodily and relationally, and which qualities of the patient-nurse relationship that emerge as important when people experience depression and shame.

Avklaringer

I denne avhandlingen benytter jeg begrepet *depresjon* med respekt for, og i anerkjennelse av at mennesker erfarer depresjon ulikt og at depresjon ikke alltid erfares som en sykdom, men snarere som en individuell og kompleks menneskelig opplevelse. Det er også pasienten som person det refereres til når pasientbegrepet benyttes. Jeg bruker pronomen *hun* når jeg refererer til sykepleiere og *hen* om pasienter. *Hen* blir benyttet kun som kjønnsnøytralt pronomen (vedkommende), og uten videre referanse til enkeltpersoner som ikke ønsker å bli omtalt som han eller hun.

Begrepet *eksistensiell* anvendes i sammenheng med andre begreper (f.eks. erfaring, aspekt, fenomen) og viser til menneskers grunnleggende livsbetingelser. Termen eksistensiell har også ganske enkelt betydningen *livet* eller *det livet vi lever*. Det handler her om menneskets felles vilkår: som at vi alle er født inn i en kultur, at vi en gang skal dø, og at vi lever derimellom i tid og rom, med en kropp og i relasjoner, med alle de implikasjonene dette har (Austad et al., 2020, s. 12).

Jeg veksler mellom å bruke *vi* og *jeg* i teksten. *Vi* brukes i forhold til planlegging av studien, og ved analyse av data og artiklene. Dette ble gjort mer eller mindre i samarbeid med veilederne.

Artiklene i avhandlingen

Artikkel 1

Bygstad-Landro, M. & Giske, T.

Risking existence: The experience and handling of depression

Journal of Clinical Nursing, 2018, 27(3-4), 514-522.

Artikkel 2

Bygstad-Landro, M., Giske, T., Blystad, A., & Martinsen, K.

«Skammen slår beina under meg» - om hvordan mennesker med depresjon erfarer skam.

Nordisk Sygeplejeforskning, 2021, 11(02), 155-166.

Artikkel 3

Bygstad-Landro, M. & Sævi, T.

The relationship as possibility and future gift in professional mental health encounters

Phenomenology & Practice, 2022. Submitted

There are these two young fish swimming along, and they happen to meet an older fish swimming the other way, who nods at them and says, “Morning, boys. How’s the water?” And the two young fish swim on for a bit, and then eventually one of them looks over at the other and goes, “What the hell is water?”

David Foster Wallace (2005, s. 3-4)

Innholdsfortegnelse

Vendepunktet er den andre	1
Fagmiljø.....	2
Forord	3
Sammendrag	5
Abstract.....	6
Avklaringer	7
Artiklene i avhandlingen	8
Innholdsfortegnelse	10
1. Innledning.....	12
1.1 <i>Avhandlingens overordnede perspektiv</i>	14
1.1.1 Den ontologiske situasjonsetikk.....	14
1.1.2 Den ontologiske differens	16
1.1.3 Levd erfaring.....	18
1.2 <i>Min bakgrunn og forforståelse</i>	19
1.3 <i>Faglig kontekst og tilknytning</i>	22
1.4 <i>Avhandlingens hensikt, relevans og forskningsspørsmål</i>	24
2. Forskningsbakgrunn	25
2.1 <i>Levd erfaring: depresjon</i>	25
2.2 <i>Levd erfaring: skam</i>	27
2.3 <i>Om betydningen av relasjon</i>	29
3. Teoretisk bakgrunn	32
3.1 <i>Grunnvilkår ved livet</i>	34
3.1.1 <i>Sansing, tyding og forståelse</i>	34
3.1.2 <i>Åpenhet og urørlighetssonen</i>	36
3.2 <i>Om depresjon</i>	37
3.2.1 <i>Fra følelser og symptomer til diagnose</i>	38
3.2.2 <i>Fenomenologi i psykisk helse</i>	41
3.3 <i>Om skam</i>	43
3.3.1 <i>Skamløshet</i>	44
3.3.2 <i>Skam og skyld</i>	45
3.3.3 <i>Psykologiske forståelsesperspektiver på skam</i>	46
3.3.4 <i>Skammens ansikt</i>	48
3.3.5 <i>Blikkets appell</i>	50
3.3.6 <i>Sanselig åpenhet gjennom selvrefleksjon</i>	52
3.4 <i>Skjønnlitteratur og kunst som kilde til kunnskap</i>	53
4. Vitenskapsteoretisk overbygning	57
4.1 <i>Bakgrunn for valg av metodologi</i>	59
4.2 <i>Metodologisk perspektiv på klassisk grounded theory</i>	61
4.3 <i>Metodologisk perspektiv på hermeneutisk fenomenologisk tilnærming og praksisens fenomenologi</i>	66
4.3.1 <i>Forskning knyttet til fenomenet</i>	68
5. Forskningsprosessen	72
5.1 <i>Forskningsdesign</i>	74
5.1.1 <i>Utvalg</i>	75

5.2 Etiske overveielser	77
5.2.1 Informert samtykke og konfidensialitet.....	78
5.2.2 Forskerrolle og forsvarlighet	79
5.3 Datasamling og gjennomføring av dybdeintervju	81
5.4 Analyse.....	83
5.4.1 Delstudie 1.....	83
5.4.2 Delstudie 2.....	87
5.4.3 Delstudie 3.....	90
6. Funn	95
<i>Funn fra delstudie 1</i>	<i>95</i>
<i>Funn fra delstudie 2</i>	<i>96</i>
<i>Funn fra delstudie 3</i>	<i>97</i>
7. Drøfting av resultat og metode	99
7.1 Å nærme seg en forståelse	99
7.1.1 Ungraspable processing	100
7.1.2 Giving clues.....	104
7.1.3 Å se den andres annerledeshet som forutsetning for relasjon.....	107
7.2 Metodediskusjon.....	111
7.2.1 Begrunnelse for utvalg	111
7.2.2 Delstudie 1: Grounded theory - Fit, work, relevance (grab), modifiability	112
7.2.3 Delstudie 2: Hermeneutisk fenomenologi	113
7.2.4 Delstudie 3: Praksisens fenomenologi	115
7.2.5 Tre metodologier og ett datamateriale	117
8. Konklusjon, implikasjoner for praksis og videre forskning.....	120
Referanser	122
<i>Tabeller</i>	<i>144</i>
<i>Figurer.....</i>	<i>144</i>
<i>Vedlegg.....</i>	<i>144</i>
<i>Artikkel 1.....</i>	<i>145</i>
<i>Artikkel 2.....</i>	<i>146</i>
<i>Artikkel 3.....</i>	<i>147</i>

1. Innledning

«De to-tre første årene av min sykdomsperiode var skammen sikkert 50% av problemet. Er helt sikker på det. Jeg følte meg så liten, som om jeg ikke hadde livets rett. Vi lever jo i en individualistisk kultur, hvis man ikke mestrer det så er man svak. Det er skamfullt. Skammen er med på å sementere depresjonen. Men så fikk jeg hjelp. Hjelp har vært helt avgjørende. Hva er avgjørende med hjelpen du får?

Hun tåler meg og lytter til hva jeg sier. Hun er en kjærlig, moderlig venn.»

Disse få linjene, et utdrag fra datamaterialet i denne studien, forteller hvor sterkt skam kan erfares, om kulturelle normer og hvordan skam kan hindre bedring fra depresjon. Samtidig forteller dette sitatet hvordan møtet med den andre kan bli et avgjørende vendepunkt. Erfaringer som etter hvert har fått stor støtte i forskning.

Den amerikanske psykiateren Donald Nathanson (1987), hevdet at det han ikke forstod som terapeut i møte med mennesker var skamfølelsen, og at hans uvitenhet om skam ofte var årsaken til manglende bedring. Senere studier har også vist betydelig sammenheng mellom skam og psykiske lidelser, herunder depresjon (Callow et al., 2021; Henriksen & Škodlar, 2018; Kealy et al., 2021; Kim et al., 2011; Mendes et al., 2017; Vikan et al., 2010). Skam synes også å være en sårbarhetsfaktor for utvikling av depresjon og har innvirkning på sosial fungering så vel som på utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser (Carrera & Wei, 2017; Malinowski et al., 2017). Likevel er skam en av følelsene som får minst oppmerksomhet i terapeutisk behandling. Kanskje er det fordi skamfølelsen kan ta form som noe ugjenkjennelig og tilslørt (Nathanson, 1987). Skammens etymologi kan spores tilbake til et ønske om ikke å bli sett på bakgrunn av opplevd vanære eller tap av sitt gode rykte. Den originale betydningen innebærer «å dekke over, å skjule» (Etymonline, 2021). Skam antar ofte en «kameleonlignende» natur skriver Lewis (1971, s. 2) og kan skjule seg i skyggen av depresjon. Gilbert et al., (1994) knytter skam direkte til depresjonslidelse ved å fremheve fellestrekk som opplevelse av maktesløshet, nederlag, utilstrekkelighet og fremmedgjøring. Fellestrekkene (Gilbert et al., 1994), det tilslørte og ugjenkjennelige (Nathanson, 1987), eller skammens kameleonlignende natur (Lewis, 1971), kan gjøre det utfordrende å identifisere om eller hvor stor del skam utgjør av det kliniske bildet, eller å fastslå «hva som er hva».

Lidelse¹ er knyttet til det å være menneske, og som Ekeland (2021) skriver: «Det er også noe universelt menneskelig ved de fenomener som vi forsøker å beskrive med begrepet psykiske lidelser» (s. 49). Vi har ikke makt over lidelsen: det er ett av grunnvilkårene vi som mennesker lever under og som ikke kan velges bort. «Lidelse hører livet til» skriver Martinsen (2003, s. 135). Men, lidelsen forstyrrer det hverdagslige, truer opplevelsen av trygghet, og kan oppstå når mennesker møter sykdom. «Hjelp har vært avgjørende» sier deltageren i utdraget over. Han henviser til den andre. Å forstå menneskers lidelse og hvordan livet påvirkes av lidelsen er betydningsfullt for å kunne gi den omsorgen² som er til hjelp (Førland et al., 2018). «Omsorg og ansvar er to sider av samme sag» skriver Delmar (2018, s. 322, s. 326). Martinsen (2012) viser til at ansvar er et relasjonsord, ansvar er å svare den andre, ta imot appellen og la seg berøre av det mennesker gir uttrykk for i situasjonen.

Psykiske lidelser utgjør et komplisert og mangeartet landskap, og en tverrfaglig tilnærming til feltet er nødvendig (Norvoll, 2002). Samtidig må tverrfagligheten baseres på en sunn kritisk sans med tanke på svakheter og styrker ved egne perspektiver og egne fag. Innenfor mitt fag, sykepleiefaget, har humanistisk tenkning lange tradisjoner (Alvsvåg, 2010, 2013; Benner & Wrubel, 1989; Delmar, 2006; Eriksson, 2002; Hummelvoll, 2014; Lindström, 2003; Martinsen, 1997, 2000, 2003, 2005, 2006, 2012; Parse, 1992). Men, selv om man innen sykepleie og psykisk helsearbeid generelt anerkjenner et helhetlig menneskesyn og en personsentrert omsorg, er utøvelsen og organiseringen av helsehjelpen fortsatt hovedsakelig styrt ut fra et naturvitenskapelig kunnskapssyn (Aarre & Larsen, 2017; Brinkmann et al. 2014; Ekeland, 2021; Karlsson & Borg, 2013).

I denne avhandlingen undersøker jeg menneskers erfaringer med depresjon, skam og relasjon til helsepersonell. Jeg har valgt å utforske pasientperspektivet, - fordi jeg mener at menneskers opplevelse av sin lidelse, deres relasjon til andre og samfunnet, og den sammenhengen de står i, bør være det primære omdreiningspunktet i psykisk helsearbeid og utgangspunktet for den omsorgen som gis.

¹ Begrepet lidelse kan forstås som den subjektive opplevelsen av å møte noe vondt, og årsakene til det vonde kan være uendelige, skjulte eller synlige (Arman, 2015, s. 187).

² Omsorg kan her forstås som et av livets grunnvilkår. Omsorg er å ta vare på den andre som trenger hjelp. (Martinsen 2003, s. 62-63).

1.1 Avhandlingens overordnede perspektiv

Avhandlingen knytter seg til tre tilganger som til sammen utgjør studiens ontologiske og epistemologiske grunnlag: Den ontologiske situasjonsetikk (Martinsen, 2012, 2020), den ontologiske differens (Heidegger, 1994) og levd erfaring/gjennomlevd opplevelse (Delmar, 2019; Sævi, 2019; van Manen, 1997, 2014). Det overordnede perspektiv dreier om den danske teologen og filosofen Knud Ejlert Løgstrups etiske treklang eller ontologiske situasjonsetikk, utledet av blant andre sykepleier og filosof Kari Martinsen (1997, 2000, 2003, 2005, 2006, 2012, 2018, 2020; Martinsen & Eriksson, 2013).

1.1.1 Den ontologiske situasjonsetikk

Løgstrups (2010) etikk kan leses som en etisk treklang; de spontane og suverene livsytringene, den etiske fordring og kulturene. Treklangen består i et førkulturelt «bør» knyttet til den etiske fordring - et bør livet roper oss opp med om å ta vare på det, og et «bør» knyttet til normene- og dermed kulturene vi lever i. Den etiske treklang er ikke fulltonende før alle tre klinger sammen. Etikken er innvevd i og vokser frem fra situasjonene vi som mennesker befinner oss i (Martinsen, 2012).

Spørsmålet er: Hvad er grobunnen for etikken, hvad vokser den frem af? Det er to mulige svar: Den vokser frem af livsytringer, der er født etiske. [...] Det andet mulige svar man kan give på spørsmålet om hvad etikken gror frem af, er at det er normer. Men det fører på afveje, fra starten af. [...] Giver man efter for tilbøjeligheden til at begrænse etikken til norm og afgørelse, kommer livsytringene til at falde udenfor etikken. (Løgstrup 1982, s.113, s.114, sitert i Martinsen, 2012, s. 52)

Løgstrups etikk betegnes som ontologisk situasjonsetikk. Ontologisk situasjonsetikk knytter seg til en forståelse av at livet rommer noen grunnvilkår og bærende fenomener (som de spontane livsytringene og den etiske fordring), som i seg selv er livsbekreftende og må vernes om. Ikke alt er menneskets verk, skriver Martinsen (2021). Grunnvilkårene er gitt oss, de er før-kulturelle, og kan derfor ikke endres. De treffer oss og kan erfares i våre liv, og er dermed sammenflettet med den profesjonelles forståelse av hva som står på spill i omsorgssituasjoner. Alvsvåg og Martinsen (2018) skriver:

Med grunnvilkår forstås ikke-valgte og ikke-menneskeskapte vilkår for liv. Det vil si, det er vilkår vi lever under og som det ikke står til oss å endre, nemlig «at-hetene» ved

livet. Slik som at livet er sårbart, at vi skal dø, at tillit, medlidenhet og omsorg bærer liv, at vi er gjensidig avhengige av og utlevert til hverandre. (s. 215)

Det er særlig denne ontologiske grunnantagelsen som bærer studiens overordnede perspektiv. Eller som Løgstrup (2010) skriver i *Den etiske fordring*: «vi er hinandens verden og hinandens skæbne» (s. 25–26). Dette grunnvilkåret, at vi er utlevert til hverandre, utløser et personlig ansvar overfor våre medmennesker. Mennesker angår hverandre; det er ontologisk gitt.

Når Martinsen benevner Løgstrups etikk, ontologisk situasjonsetikk, er det nettopp med bakgrunn i menneskers ontologiske avhengighet av hverandre. Det etiske er mer enn subjektets ytelser. Vi er innfelt i en verden av grunnvilkår, og dermed innviklet i hverandres skjebner «vi er i hinandens liv...dagligt brød» (Løgstrup, 2010, s. 13, 25-26). Den etiske fordring er dermed tett knyttet til omsorgsansvaret vi har for hverandre, og er en av to «bør» i den etiske treklang, og etikkens «bør» i menneskets eksistens (Martinsen, 2012). I menneskers henvisthet til hverandre kommer de spontane livsytringer frem (som tillit, barmhjertighet, talens åpenhet og håp). Tillit, for eksempel, er der som et bærende fenomen i interaksjon mellom mennesker, - den hører tilværelsen til. Å ta vare på det man er betrodd i møtet med den andre handler altså ikke om å skape tillit. Snarere handler det om å ikke ødelegge den tillit som allerede er gitt, og forsøke å finne ut hva situasjonen fordrer.

Det er de spontane livsytringene som roper fordringen opp. Ropene gis ikke stemme, inntrykkene kan ikke gripes «men, de kan sanses, fattes og gjøre inntrykk på alle» (Martinsen, 2021, s. 25), og fordringen er taus. Den er taus fordi den er situasjonens fordring eller menneskelivets fordring, og ikke noe uttrykkelig krav fra noen. Det vil si at den som fordringen rettes til, selv må finne ut hva den dreier seg om – noe som avhenger av innsikt, fantasi og forståelse. Ikke vilkårlig og lunefullt, i så fall ville det ikke være en fordring, men fordi fordringen er gitt i en verden «med innebygget arkitektur eller orden der mennesker lever i gjensidig interdependens» (Martinsen, 2021, s. 23), bør fordringens svar speile de betingelsene og det ansvaret livet har gitt oss – at universet, naturen og menneskene, alt levende liv, er båret av de spontane og suverene livsytringene og en førkulturell etisk fordring om å ta vare på det. Det er det etiske livs grunnfenomen, at den andre våger seg frem for å bli imøtekommet. Den allmenne fordring om å gjøre det gode og riktige tar her sin særlige etiske form. Kommer jeg til å svikte den andre eller ikke? Der er ingen tredje mulighet.

Spontane livsytringer som tillit og barmhjertighet er imidlertid ikke noe vi selv kan prestere, og som følge er den etiske fordring er ikke en norm som kan oppfylles. Vi vet godt

at vi burde ta vare på den andres liv som vi har i vår hånd, men vi vet også like godt at det ikke er ensbetydende med at vi gjør det. Fordringens «bør» er uoppfyllelig. Og fordi vi ikke alltid tar vare på livet, og for at ansvaret for den andre ikke skal bli for stort, trenger vi også de kulturelle normene som kan hjelpe oss i situasjonene (Martinsen, 2021, s. 26). De kulturelle normene er den etiske treklangens andre «bør». Vi har ikke moral til å prestere livsytringene, skriver Martinsen (2012), men vi kan forme regler, normer og samfunn slik at livsytringene får rom. De kulturelle normene blir dermed veiledende. Like fullt som kulturer kan åpne for livsytringene, kan kulturer også stenge for dem. Dersom forbindelsen til grunnvilkårene brytes, blir våre konstruerte «bør» til «regler for reglenes skyld og strukturer for strukturenes skyld» (Martinsen, 2021, s. 26). Konsekvensen kan bli at oppmerksomheten flyttes fra det levende livet og fordringen, og til pålagte instruksjoner.

«Det er et komplisert forhold mellom den tidløse etiske fordringen om å ta vare på og de relative, kulturbestemte moralske normene og idealene. De utgjør to former for normativitet, eller to former for «bør», som begge er nødvendige» (Martinsen, 2012, s. 55). Treklangens ulike toner kan variere i styrke og klang med situasjonene. Men, ingen av treklangens toner kan unnvære hverandre.

1.1.2 Den ontologiske differens

Den etiske treklang er i vekselvirkende bevegelse mellom det kulturelle og det førkulturelle, det ontiske og det ontologiske³. Denne vekselvirkende bevegelsen er også førende for den forskningsmessige tilnærmingen i avhandlingen når jeg går veien om menneskers erfaringer for å nærme meg fenomener som depresjon, skam og relasjon.

Men hva vil det si å nærme seg erfaringer ut fra en ontisk og ontologisk grunnantagelse?

Erfaringer er på den ene siden subjektive erfaringer, idet de er *noens* erfaringer (som i grounded theory (GT) og hermeneutisk fenomenologi, delstudie 1 og 2), men samtidig er erfaringer også erfaringer av *noe* (som i praksisens fenomenologi, delstudie 3). Denne presiseringen peker videre på skillet mellom det ontiske og det ontologiske, «den ontologiske differens», der det ontiske knytter seg til den måten et fenomen viser seg og blir forstått i en konkret sosial og historisk sammenheng, mens det ontologiske har med fenomenet i seg selv å gjøre (Herholdt-Lomholdt et al., 2022, s. 183). Herholdt-Lomholdt et al. (2022, s. 183)

³ Det ontiske knytter seg til den måten et fenomen viser seg og blir forstått i en konkret, sosial og historisk sammenheng og gjelder det konkrete menneskets erfaringer. Det ontologiske har med det førkulturelle fenomenet i seg selv å gjøre. Det som er, uavhengig av mennesker og utenfor menneskers makt. Det ontologiske knytter seg til de helt grunnleggende bestemmelsene av det værende, det som går forut for enhver tilnærming til tingene (Martinsen, 2012; van Manen, 2014).

henviser til Heidegger som skriver frem den ontologiske differens som to forskjellige nivåer eller aspekter av væren - omtalt som det værende og Væren, og siden til Hansen (2016) som utdyper forskjellen på følgende måte:

Den fænomenologiske beskrivelse har fat i et før-begrepslig, før- refleksivt og før-kulturelt niveau, hvor den filosofiske hermeneutiker eller eksistensielle fænomenolog aner og søker en møde med fænomenet i sig selv (die Sache Selbst), før fænomenet 'størkner' og gestaltes og viser sig i en bestemt kulturs og sprogligheds perceptioner, artefakter og sociale konstruktioner. Hvad disse filosoffer (Heidegger, Gadamer, Merleau- Ponty og Løgstrup) er optaget af, er at lytte efter en uudsigelig merbetydning i det menneskeskabte. (s. 47)

Den ontologiske differens er en sentral vitenskapsteoretisk grunnforståelse i denne avhandlingen. Delstudie 1 og 2 funderer på ontisk grunn og kan beskrives som *erfaringsledet forskning* (Herholdt-Lomholdt et al., 2022, s. 177). I begge disse delstudiene søker vi kunnskap om hvordan henholdsvis depresjon eller skam erfares, forstås og fortolkes av en gitt gruppe deltagere og hvordan disse fenomenene er virksomme i deltagerens liv. GT er ikke fenomenologi, men trekker på hermeneutisk tenkning ettersom en forsker som benytter GT bringer sin forståelseshorisont med inn i analyse og tolkning. Det som vitenskapsteoretisk binder sammen delstudie 1 og 2 er dermed levd erfaring, hermeneutikk og den ontiske grunnforståelsen. I både delstudie 1 og 2 kommer vi imidlertid i berøring med både kulturelle og eksistensielle aspekter ved depresjon og skam og beveger oss dermed i spenningsfeltet mellom erfaringsledet og fenomenledet, ontisk og ontologisk, forståelse av depresjon og skam. Det er likevel mest presist å plassere delstudie 1 og 2 under erfaringsledet forskning.

Spørreretningen i delstudie 3 tilstreber å gå ut over det ontiske nivå for å komme i kontakt med fenomenet relasjon på et ontologisk nivå og kan altså beskrives som *fenomenledet forskning* (Herholdt-Lomholdt et al., 2022, s. 182). Det handler om å overskride det kontekstuelle og undersøke fenomenets egen mening gjennom menneskers erfaringer. Dette skiller seg vesentlig fra å holde blikket fast på de kontekstuelle erfaringene. I delstudie 3 har vi et ønske om å søke fenomenet i seg selv med dyp respekt for at fenomenet ikke fullt ut lar seg vitenskapelig avdekke eller uttale. Det fenomenologiske dilemma, det vil si muligheten for å få et naivt forhold til verden igjen, - altså å se verden som for første gang, lar seg ikke gjøre. Å se fenomenet helt rent og opprinnelig er, som van Manen (2007) skriver, ikke en mulighet fordi menneskets adgang til dette ontologiske nivå alltid går gjennom – og

er innfelt i – en konkret kultur, tid og kontekst. Fenomenledet forskning er derfor også hermeneutisk (Herholdt-Lomholdt, 2022).

1.1.3 Levd erfaring

Den ontologiske differens peker på forskningsmessige tilnærminger som får konsekvenser for hvordan vi forstår levde erfaringer. Levd erfaring er et viktig overordnet epistemologisk grunnlag for kvalitativ forskning også i denne studien, men kommer til uttrykk på forskjellig vis i ulike kvalitative forskningstradisjoner (Herholdt-Lomholdt et al., 2022; van Manen, 2003). I denne avhandlingen benyttes tre forskjellige metodologiske tilnærminger hvor levd erfaring forstås noe ulikt.

Lived experience er den engelske oversettelsen av det tyske substantivet «Erlebnis» som brukes av blant annet Heidegger (1994) og Gadamer (2010) i deres redegjørelse for metode, forstått som en ontologisk tilnærming til fenomener i menneskets livsverden⁴. van Manen beskriver the lived experience som en «gjennomlevd opplevelse», og refererer til verbet «erleben» som betyr en opplevelse som et menneske har levd igjennom (Sævi, upublisert; van Manen, 2003). van Manen (2003) skriver om (Erlebnis) og erfaring (Erfahrung):

The etymology of the English term *experience* does not include the meaning of the lived – it derives from the Latin *experiential*, meaning “trial, proof, experiment, experience.” But the German word for experience, *Erlebnis*, already contains the word *Leben*, or “life” or “to live”. The verb *erleben* literally means “living through something.” (s. 40)

Med andre ord kan man si at erfaring er reflektert og gjennomtenkt. Opplevelsen, derimot, kommer forut for erfaringen og utgjør det pre-reflektive, ikke-gjennomtenkte og direkte møte med verden (van Manen, 2014, s. 28). Opplevelser som er gjennomlevd, levd av kropp og sanser men ikke nødvendigvis reflektert, kan kalles frem i minnet. Denne kvaliteten av «gjennomlevdhet» forutsetter minst to forhold som skiller fenomenologi fra annen forskning: den subjektive kvaliteten og den pre-reflektive kvaliteten. Begge er en forutsetning for

⁴ Livsverden er ett perspektiv, en utsiktsplass, hvor fra vi forstår verden, våre erfaringer og vår eksistens. Livsverden angår vårt engasjement i verden, hva det innebærer å være til og utvikles sammen med andre mennesker, dyr, natur og kultur og alt annet som utgjør vår verden. Ideen om livsverden er et sentralt utgangspunkt for både fenomenologien og hermeneutikken, og er en filosofisk ide som forener de ulike retningene (Dahlberg, 2019, s. 32-33).

fenomenologiens orientering mot menneskets opplevelse av fenomener som møter dem i deres livsverden (van Manen, 1997). Utfordringen er at på engelsk kalles begge «lived experience». Man må til tysk og norsk for å se at det er forskjell mellom en opplevelse og en erfaring. Forskjellen har en avgjørende betydning for fenomenologi, og utgjør samtidig forskjellen mellom den metodiske fenomenologien som utforsker fenomenen (fenomenledet forskning) og andre kvalitative metoder som har levd erfaring som utgangspunkt (erfaringsledet forskning).

Den subjektive kvaliteten, som må være utgangspunktet for opplevelsen i fenomenologi, betyr at opplevelsen må være opplevd av den som forteller om den. Det er bare den som har opplevd situasjonen som har levd igjennom den, og som dermed kan beskrive opplevelsen med pre-reflektive kvaliteter (van Manen, 1997). At en opplevelse er pre-reflektiv betyr at den ikke er reflektert, tenkt på, eller satt ord på ennå. Det er selvsagt snakk om små tidsmarginer her, men forskjellen mellom det pre-reflektive og det reflektive ligger nettopp i denne lille forskjellen. Opplevelse skiller seg fra erfaring i det at opplevelsen er umiddelbar, direkte og intuitiv, og ikke ennå språklagt (Gadamer, 1985). Erfaring er reflektert, gjennomtenkt, satt ord på, språkliggjort og kan dermed tenkes på (Dewey, 2015). I både GT og hermeneutisk fenomenologi utforskes levd erfaring i tradisjonell kvalitativ betydning som en gjennomtenkt og reflektert erfaring (Glaser, 1978; van Manen, 2014), og forstås dermed på samme måte i delstudie 1 og 2. Når jeg refererer til praksisens fenomenologi i delstudie 3, knytter jeg imidlertid eksemplene fra datamaterialet til gjennomlevd opplevelse, til intensjonen om direkte å utforske de opprinnelige eller pre-reflektive dimensjonene i menneskelig eksistens gjennom de kortere eller lengre eksemplene informantene beskriver.

Et fellestrekk ved levd erfaring og gjennomlevd opplevelse er at det hører til vår eksistens som mennesker, og ikke kan skilles fra eller fjernes fra livene vi lever (Sævi, 2019), eller sagt med Gadamer (1985), de er «taken out of the continuity of life and at the same time related to the whole of one's life» (s. 62).

1.2 Min bakgrunn og forforståelse

Jeg har så lenge jeg kan huske hatt en interesse for, og glede av, skjønnlitteratur.

Skjønnlitteraturen introduserte meg etter hvert for både skam og depresjon, blant annet gjennom arbeidene til Dag Solstad (1999), Karl Ove Knausgård (2009), Amalie Skram (1992), Sigrid Undset (1994) og Vigdis Hjort (2016). For eksempel T. Singer, i Solstads

(1999) roman med samme navn. Hovedpersonen T. Singer, lider av en særegen form for skamfølelse og Solstad viser gjennom T. Singer og ulike situasjoner han befinner seg i, hva skam kan handle om.

Skjønnlitteratur gjorde det mulig å nærme seg fenomenene depresjon, skam og relasjon, og forstå at deres ulike stemmer og tause uttrykk var komplekse og bare delvis tilgjengelige, også i mitt eget liv. Gjennom å lese ble jeg utfordret til å jobbe med egen skamfølelse og erkjenne at skam har en naturlig plass i sinnet. Litteraturen skapte rom for å forhandle og utvikle egen identitet og selvforståelse, slik også den amerikanske filosofen og rettshistorikeren, Martha Nussbaum (2016, s. 12-14), påpeker. Hun skriver at kunnskap ikke er tilstrekkelig, men at en gjennom kunst og litteratur kan utvikle et «indre blikk» og en etisk tenkning (Nussbaum, 2016 s. 10). Dialogen jeg hadde utviklet med skjønnlitteraturen åpnet også for dialog med tenkere som Knud E. Løgstrup, Kari Martinsen og Herdis Alvsvåg. Omsorgsfilosofien gav gjenklang og inspirerte min videre utdanning, mitt klinisk arbeid og min sykepleiefaglige tenkning, og ble slik en del av utgangspunktet for arbeidet med denne avhandlingen.

Som sykepleier og psykisk helsearbeider arbeidet jeg i skjæringsfeltet mellom biomedisin og fenomenologi. Den biomedisinske forståelseshorisonten preget psykisk helsevern og la sterke føringer for behandling slik jeg opplevde det. Som nyutdannet sykepleier stusset jeg over at denne forståelsen skulle få så mye plass i vurderingen av og møtet med pasienter. De omsorgsfilosofiske tenkerne hadde satt sine spor. Videreutdanningen i psykisk helsearbeid gjorde meg bedre kjent med for eksempel Jan Kåre Hummelvoll, og Unni Lindström som også tenker omsorgsvitenskapelig og relasjonelt, samt Berit Okkenhaug og Marie Farstad som skriver om skam.

Gjennom erfaringer fra arbeidsliv (i Kirkens Bymisjon, Bergen fengsel og psykisk helsearbeid) oppdaget jeg at skamfølelsen sjelden ble beskrevet av pasienter, innsatte og klienter, og heller ikke ble satt ord på av personalet. Nysgjerrigheten rundt skamfølelsen var en viktig grunn til at jeg i masterstudiet intervjuet psykiatriske sykepleiere om hvorvidt skam ble tematisert i samtale med pasienter (Bygstad-Landro, 2010). I denne ph.d.-studien ønsker jeg å avgrense en videre utforskning av tematikken ved se på forholdet mellom skam og depresjon, og se på begge disse livsforholdene i møte med profesjonell behandling.

Klassisk GT ble valgt som metode i delstudie 1. GT fordrer imidlertid en åpenhet som ikke tillater at man forhåndsdefinerer sentrale konsept eller funn. Dette innebar at skam ble fjernet fra problemstillingen, at jeg i intervjuene ikke etterspurte skam før deltagerne selv tok

det opp, og jeg lot skam som tema ligge dersom denne følelsen ikke kom tydelig frem i deltagerens beretninger. GT fremstod som et godt metodisk valg for å undersøke hvorvidt skam faktisk har relevans for mennesker som er deprimerte.

Fordi skam var en forskningsinteresse, oppstod imidlertid et dilemma som vedrørte hvorvidt jeg som forsker, uansett hvor nøye og refleksiv jeg var med tanke på min forforståelse, lettere ville gjenkjenne og stoppe opp ved skamfølelse i intervjuene. Eller hvordan jeg, som kjenner feltet, kunne analysere datamaterialet med den åpenhet som kvalitative studier krever? På bakgrunn av min kunnskap og forforståelse, særlig med tanke på skam, var det avgjørende å være dette bevisst i møte med deltagerne. Det innebar å kunne balansere en personlig interesse og faglig nærhet til temaet med et utforskende blikk. Gjennom hele forskningsprosessen grunnet jeg over egne antagelser og var særlig oppmerksom på og refleksiv i forhold til hvordan jeg utøvde egen praksis som forsker. I forkant av intervjuene skrev jeg ned forforståelse og eksplisitte forventninger til funn. Disse tekstene ble lest og diskutert med veilederne slik at vi alle var oppmerksom på hvilke forforståelser som kunne influere analyse og tolkning av datamaterialet. I intervjusituasjon tenkte jeg nøye over hvordan mine innspill, min måte å stille spørsmål på, egen væremåte og reaksjoner kunne komme til å farge de beskrivelsene jeg fikk. Jeg forsøkte å være refleksiv i forhold til hva jeg la merke til, lette etter og fant underveis i selve intervjuene og senere i analyseprosessen. Samtidig tilstrebet jeg å være kritisk til egne antagelser og fortolkninger.

Mine veiledere fulgte analyseprosessen, leste datamaterialet og kom med tilbakemeldinger underveis. På denne måten bidro de til at jeg i mindre grad verken underkjente eller overvurderte uttrykk for skam i analysen, samt at jeg kunne identifisere noen av mine 'blinde flekker'. Gjennom studietiden har jeg også regelmessig undervist og presentert resultater for både pasienter, pårørende og fagpersoner innen psykisk helse. Disse ulike «ekspertgruppene» har gjenkjent funn og gitt anerkjennelse til vår tolkning underveis.

Min kjennskap og nærhet til praksis, tidligere kunnskap og forståelse relatert til skam ga meg imidlertid også mulighet til å være vår for og dermed ha mulighet til å forfølge følelser og temaer som kunne omhandle skam, men uten at ordet skam ble benyttet. Jeg kunne spørre: «kan det du forteller nå handle om skam?» Eller: «de følelsene du beskriver her, kan de også beskrives som skamfulle?» Eller: «kan du gjenkjenne denne følelsen som skam». Det fenomenologiske dilemmaet ble jeg imidlertid dvelende ved, det vil si ønsket om å se noe på nytt, samtidig som jeg var så fortrolig med egen praksis og temaet at dette ikke var lett, men likevel ikke umulig. Dilemmaet ble drøftet både med veiledere og andre fagpersoner. Drøftingene ble ofte klargjørende på en slik måte at jeg lettere kunne være til

stede og hvile i intervjusituasjonen, og anerkjenne at jeg ikke kunne endre eller viske ut min egen innsikt og kunnskap, men aktivt forsøke å se på nytt. Man kan kanskje si at fortroligheten både har gjort meg blind og seende, og på den måten også klart å åpne for å se forhold som vanskeligere kunne ses av utenforstående.

1.3 Faglig kontekst og tilknytning

Avhandlingens forskningsfelt er profesjonell praksis innen psykiske helsearbeid. Psykisk helsearbeid er et ungt fagområde og praksisfelt, første gang introdusert i 1998 da flere av videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie ble nedlagt og erstattet av tverrfaglige videreutdanninger i psykisk helsearbeid (Karlsson & Kim, 2015). Hensiktene var flere, men endringen var kanskje først og fremst uttrykk for en reaksjon på den dominerende biomedisinske tenkningen og et ønske om å påvirke forståelsen av hva som er gyldig kunnskap om psykiske lidelser og behandling. Samtidig ble oppmerksomheten rettet mot brukermedvirkning og å bedre samarbeid på tvers av profesjoner, ulike hjelpetilbud og ulike forvaltningsnivå (Karlsson & Kim 2015). Endringen kom med den omfattende opptrappingsplanen som startet med Stortingsmelding 25 (1996–97) og fortsatte med samhandlingsreformen «Åpenhet og helhet» (Sosial- og helsedepartementet, 1997; Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). Stortingsmelding 25 konkluderer slik: «Hovedproblemene for mennesker med psykiske lidelser er at behandlingsskjeden har brist i alle ledd (...). Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personalet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud» (s.16). Ifølge Ekeland (2011) representerte dette dokumentet en innrømmelse av at myndighetene har forsømt det psykiske helsefeltet i årevis. I 1998 kom opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 (St. prp. nr. 63. 1997-98) som opprettholdt og konkretiserte ønskede utviklingstrekk skissert i St. meld. 25. Dokumentet tok særlig til ordet for at det innen psykisk helse skulle legges til grunn et helhetlig menneskesyn. Opptrappingsplanen gav betegnelsen: psykisk helsearbeid. Betegnelsen ble benyttet fordi helsetjenesten ikke lenger utelukkende skulle knyttes til den medisinske spesialiteten psykiatri (Karlsson, 2011), men til helhet og en personorientert praksis. Opptrappingsplanen hadde således røtter i et tydelig humanistisk perspektiv, men planen beveget seg likevel utenom grunnlagsproblemene i feltet. Medisinens ambisjon var og er i stor grad å gjøre folk friskere fort, og med betydelig tro på naturvitenskapelig kunnskap som det viktigste grunnlag. De humanistiske helsepolitiske visjonene og det naturvitenskapelige dominerende kunnskapssynet stod dermed i et spenningsforhold om ikke i misforhold til hverandre.

Psykisk helsearbeid har i flere sammenhenger erstattet ordet psykiatri som et overordnet begrep innen det psykisk helsefeltet (Andersen, 2006). Tjenestetilbud har endret navn fra «psykiatrisk avdeling» til «avdeling for psykisk helse(arbeid)». En endring som kan forstås på flere måter, men som ifølge Andersen (2006), kan sies å være en tydeliggjøring av et humanistisk og tverrfaglig fundament for tjenestene, som rommer mange ulike fagtradisjoner og praksiser (som barnevern, ergoterapi, fysioterapi, psykologi, psykiatri, sosialt arbeid, sosiologi, sosialantropologi, sykepleie og vernepleie), under en overordnet fellesbetegnelse. Samtidig er psykisk helsearbeid også en ny tilnærming og et alternativ til psykoterapi og psykiatri der hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, hjelpe til opplevelse av sammenheng og mulighet for å mestre hverdagens utfordringer. Som Aarre (2011, s. 164) skriver: «Psykisk helsearbeid er ikkje det same som psykisk helsevern vidareført på eit anna omsorgsnivå til lågare pris. Psykisk helsearbeid står fram som eit reelt alternativ til det diagnose- og metodeorienterte psykiske helsevernet».

Siden opptrappingsplanen i 1998 har psykisk helsearbeid etablert seg som en betegnelse som dekker et mangfold av praksiser som har som mål å bedre menneskers psykiske helse i alle deler av helsetjenesten, fra kommunale helsetjenester til spesialisthelsetjenesten (Aarre, 2011; Eriksson & Hummelvoll, 2015; Karlsson & Borg, 2013; Ulland, Bøe & Sæther, 2013). Som profesjonell praksis er psykisk helsearbeid faglig arbeid som blir utført av flere ulike yrkesgrupper i hjemmebasert eller institusjonell kontekst, og er dermed en del av både kommunal og statlig velferdstjeneste. Ifølge Bøe og Thomassen (2018) står psykisk helsearbeid frem som et sosialt, eksistensielt, kulturelt og politisk prosjekt, mer enn som et medisinsk og psykologisk prosjekt.

Når jeg videre i avhandlingen legger forståelsen av psykisk helsearbeid til grunn og omtaler det på ulike måter, så er det fordi denne forståelsen har basis i et humanistisk og helhetlig menneskesyn. Den humanistiske og helhetlige faglige tenkningen karakteriserer også offentlige dokumenter om psykisk helsearbeid, og står frem som et alternativ til diagnoserelatert, medikamentstyrt behandling og har mye felles med den humanvitenskapelige forskningstradisjonen jeg har som grunnlag for mitt arbeid. Samtidig legger jeg til grunn og skriver med faglig bakgrunn som sykepleier, innen et humanistisk paradigme og med et helhetlig menneskesyn.

1.4 Avhandlingens hensikt, relevans og forskningsspørsmål

Arbeidets hensikt er å bidra med kunnskap til praksis- og forskningsfeltet innen psykisk helsearbeid med utgangspunkt i pasientens perspektiv. Studien utforsker depresjon og skam, forholdet mellom dem og verdifulle kvaliteter ved pasient - sykepleierrelasjon, slik dette fremtrer i en humanistisk tradisjon i psykisk helsearbeid. Empirien i denne studien har pasienters levde erfaring og opplevelse⁵ som omdreiningspunkt. Studien er relevant for sykepleievitenskap og sykepleieutøvelse, men har også et tverrfaglig nedslagsfelt og relevans for andre profesjoner innen det psykiske helsefeltet.

Arbeidet med avhandlingen har blitt gjennomført som tre delstudier og en kappe. Følgende forskningsspørsmål har orientert de tre delstudiene:

- Hvordan erfarer og håndterer mennesker depresjon?
- På hvilke måter kommer erfaringer med skam til uttrykk hos mennesker med moderat depresjon?
- Hvilke kvaliteter opplever pasienter som verdifulle og viktige i relasjonen til sykepleier?

⁵ Se redegjørelse for forskjellen mellom disse i avsnitt 1.1.3, s. 17 og 18.

2. Forskningsbakgrunn

Aktuell forskning er funnet i databasene *CINAHL*, *Embase*, *PsycInfo* og *Academic Search Elite*. *Medical Subject Headings* (MeSH), for depresjon er *Depression+*. Dette er utvidet med (OR) *Major depression*. MeSH for skam er *Shame* som er utvidet med (OR) *embarrassment* og (OR) *humiliation*. Det er ikke angitt tidsavgrensning i søket. Underveis i forløpet har jeg hatt søketimer med bibliotekar, sist i november 2021. Det siste søket jeg utførte selv var i desember 2021. Jeg har også funnet forskningsartikler ved systematisk å gjennomgå referanselister i relevante arbeid.

Dette kapittelet deles inn i tre avsnitt som hver for seg presenterer forskning knyttet til de overordnede tematikkene i avhandlingen; levd erfaring av depresjon, skam og betydningen av relasjon.

2.1 Levd erfaring: depresjon

En regner med at omtrent 5% av den voksne befolkningen til enhver tid har en depressiv lidelse (Verdens helseorganisasjon (WHO), 2021). En rapport fra British Psychological Society's Division of Clinical Psychology (Bowden et al., 2020), argumenterer for at depresjon må møtes som en levd erfaring snarere enn som en sykdom. Selve smertens dybde, konsekvenser og omstendigheter kan oppleves livsinnskrenkende og noen ganger livstruende, men sykdomsbetegnelsen er kun en forståelsesmåte (Bowden et al., 2020). Andre studier omtaler ikke depresjon som en tilstand i klinisk forstand, men som en erfaring alle mennesker gjennomgår på et eller annet tidspunkt i livet (Galardo et al., 2009). Depresjon i denne forståelsen er et eksistensielt fenomen, en følelse eller klynge av følelser som er en del av det å være menneske. Tenkningen refererer til en bestemt livsbetraktning: å være i live er å oppleve tap, sorg og smerte. Å være menneske er, med jevne mellomrom, å føle en viss grad av depresjon (Galardo et al. 2009; May, 1979). Denne argumentasjonen eller tenkningen møter motstand hos andre forskere og klinikere i fagmiljø der de biomedisinske, evidensbaserte forklaringsmodellene står sterkt (Cuijpers, 2017; Detke et al., 2002; Lefaucheur et al., 2020; Malhi et al., 2021; Mojtabai et al., 2021; Stahl, 2002). Den medisinske forståelsen og diagnosesystemene International Classification of Diseases (ICD) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), har en grunnleggende funksjon da de kan bidra til å identifisere psykiske lidelser og etterfølgende mulig behandling og prognose. Samtidig kan mennesker som får en diagnose oppleve dette som en lettelse fordi diagnosen nettopp refererer til en sykdom og ikke til en feil eller svakhet ved personen selv (Mackay, 2019). Det er imidlertid bred enighet om at medisinsk tenkning og

diagnosesystemene alene har sine begrensninger. Eksempelvis identifiserte en nyere studie 1030 unike symptomprofiler hos 3703 deprimerede pasienter (Fried & Nesse, 2015). Det synes tvilsomt å kategorisere alle under termen «depresjon», og å behandle alle med samme intervensjon. Dagens system, med klassifisering av psykiske lidelser, blir ofte kritisert for å sette to personer med unike symptomprofiler i én diagnostisk kategori (Fried, 2017; Parker, 2007; Widiger & Samuel, 2005).

I henvisningene til spesialisthelsetjenesten er det ikke pasientens individuelle beskrivelser som blir fremstilt. Henvisende behandler har som regel en tanke om hvilken lidelse som ligger bak symptomene hun abstraherer fra pasientens beskrivelser. Hva gjør diagnostiske forslag eller hypoteser med tolkning av klinisk informasjon i det konkrete møte med pasienten? Dette spørsmålet opptar Leblanc et al. (2002), som problematiserer hvilke konsekvenser diagnosesystem og symptomlister får når dette er fokus for oppmerksomhet og bestemmende for hva man velger å se etter i klinisk praksis. Spørsmålet er om man blir blind for andre erfaringsuttrykk, årsaker eller kontekster i pasientens liv. Mange pasienter og behandlere ønsker en mer avventende holdning til diagnostisering samt å utforske symptomer og erfaringer i seg selv og over tid (Ashcroft et al., 2021; Ghosh et al., 2021). Det samme gjelder flere kliniske forskere (Frances, 2013a, 2013b; Ghaemi et al., 2012; Muller, 2017; Parnas et al., 2013; Summerfield, 2006). Kategorisering og diagnostisering kan begrense fremskritt i behandling, hvordan tjenester er organisert og redusere menneskers mulighet til å gjenkjenne sin egen virkelighet. På bakgrunn av dette er det flere studier som foreslår en oppdatering eller en alternativ tilnærming til de kategoriske taksonomiske systemene (DSM og ICD) (Ghosh et al., 2021; Hasin et al., 2018). Ghosh et al., (2021) demonstrerte mangfoldigheten i depresjonserfaringer og den mulig begrensede påliteligheten til DSM ved å bruke narrativer i fremstilling av sykdomsopplevelser som eneste datakilde. De 228 deltagerne var diagnostisert med Major Depressive Disorder (MDD) eller Bulimia Nervosa. Resultatene gav sterke indikasjoner på diagnostisk heterogenitet. For både forskere og klinikere kan det være nyttig informasjon i slike data, både fordi variasjonene av levd erfaring med depresjon er så store og fordi to personer kan dele et sett med symptomer, men likevel reagere forskjellig på samme behandling.

Flere studier demonstrerer mangfold gjennom at mennesker forteller om egne erfaringer (Allsopp et al., 2019; Bond et al., 2019). Noen mennesker føler seg overveldet av sorg, sinne, påtrengende tanker eller utmattelse. Andre rammes av anhedonia (en tilstand hvor en person opplever manglende glede eller lyst). Noen kjenner på skyld og tenker de fortjener å bli straffet. Andre synes det er vanskelig å huske ting eller konsentrere seg (Watts

et al., 2011), mens atter andre grubler kontinuerlig og spør seg stadig hvorfor de har vært så dumme og hvordan de kunne rote til livene sine så voldsomt (Nolen-Hoeksema, 2000). Seksuell dysfunksjon er også ofte assosiert med psykisk sykdom, spesielt stemningslidelser, og medfører ekstra belastning på parforhold og selvfølelse (Labatte & Lare, 2001; Reynaert et al., 2010; Rokach, 2019).

Følelser kommer til uttrykk på ulike måter. Mens yngre mennesker gråter, er sinte og isolerer seg fra venner, kan eldre mennesker oppleve smerte, søvnproblemer og rapporterer mer fysiske enn følelsesmessige problemer, samtidig som de ofte anser depresjon som en del av livet mer enn en sykdom (Barg et al., 2006; Burroughs et al., 2006). En studie tyder på at kvinner opplever depresjon mer i form av å føle seg stresset, irritable, søvnløse og likegyldige, mens menn motsvarende kan bli sinte og aggressive, misbruke rusmidler og bedrive risikoatferd (Martin et al., 2013). Dette er imidlertid brede generaliseringer fra forskernes side.

Kroppen kan også rammes hardt ved depresjon. Fuchs (2005) gir en fenomenologisk redegjørelse om kropp, rom og tidsopplevelse ved depresjon. Ved hjelp av blant annet Merleau-Pontys kroppsfenomenologiske forståelse, ser Fuchs (2005) på hvilke kroppslige mekanismer som settes i spill ved depresjon. Fuchs (2005) benytter Merleau-Pontys skille mellom 'levd' (*lived*) og 'kroppslig' (*corporeal*) kropp. Den levde kroppen betyr kroppen som medium for all vår erfaring, vår legemliggjorte væren-i-verden, og betegner menneskers forhold til verden som formidlet og levde av kroppen. Den kroppslige kroppen er derimot det materielle, anatomiske objektet som kan observeres og gripes. Mens kroppen normalt er innlemmet og tilknyttet verden og andre vil depresjon, ifølge Fuchs (2005), føre til et brudd, en avbrytelse av forbindelsen til verden og til andre. Menneskers kapasitet til å delta i verden med sine sanser og følelser hindres dessuten av fremmedgjøring og depersonalisering (Fuchs, 2005). Danielsson og Rosberg (2015) tar Fuchs (2005) sine tanker videre og utforsker depresjon som et kroppsliggjort fenomen hos personer som er i en depressiv livsfase. De finner at mange kretser omkring tanker og følelser av håpløshet, og dertil en følelse av å sitte fast i egen kropp; fanget og fremmedgjort.

2.2 Levde erfaring: skam

Den offentlige diskursen som peker på det vellykkede mennesket og normen om å være sunn, sterk (mentalt og fysisk) og helst lykkelig er utbredt. Denne normen styrker de negative assosiasjonene knyttet til depresjon og gjør at mennesker som lever med psykiske lidelser også kan leve med stigma og skam (Allan & Dixon, 2009; Ashcroft et al., 2021;

Bhattacharya, 2020; Corrigan & Nieweglowski, 2019). Det er få kvalitative studier som utforsker erfaringer av skam eksplisitt i forhold til depresjon, selv om skam knyttet til generelle psykiske lidelser og spesifikke livserfaringer er undersøkt. Ifølge Gilbert (2017) og Skårderud (2001) er skam en følelse som ledsages av intense følelser av verdiløshet, underlegenhet samt et skadet selvilde, og har en sterk innvirkning på sosial funksjon så vel som på utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser.

Skamfølelsen ble funnet vesentlig i en studie som utforsket levde erfaringer av sykehusinnleggelse for mennesker med psykiske lidelser (Eldal et al., 2019). Funnene tydet på at sykehusinnleggelse er en motstridende opplevelse for pasienter. Noen deltagere erfarte sykehuset som et sted hvor det opplevdes greit å være sårbar, mens flesteparten av deltakerne opplevde sykehusinnleggelse som stigmatiserende og fremmedgjørende (Eldal et al., 2019). I en kvalitativ studie der 280 deltagere med depresjon ble fulgt opp over en 10-års periode kom skam frem som en fundamental følelse (Bromley et al., 2016). Studien viser til to hovedresultater. For det første at depresjon og skam oppleves som uløselig knyttet til relasjon, og at selvet oppleves som relasjonelt, snarere enn autonomt ved depresjon. For det andre utfordres det medisinske perspektivet på depresjon, og studiens konklusjon er at anerkjennelse av levd erfaring kan være avgjørende for riktig behandling, samt for å redusere skam og opplevelse av stigmatisering (Bromley et al., 2016). Det er imidlertid stigmabegrepet som hovedsakelig anvendes og teoretiseres i denne studien, og forfatterne skriver forholdsmessig lite om skam, hverken som fenomen eller om hvordan skam kan komme til uttrykk.

To tidligere metasynteser og en systematisk review av kvalitative studier som utforsker eldre menneskers narrativer bemerket at depresjon ble tilskrevet en rekke årsaker inkludert sosiale faktorer og sorg, og var særlig assosiert med stigma (Corcoran et al., 2013; Holm & Severinsson, 2014; Nair et al., 2020). I Holm og Severinssons (2014) systematiske review var et av temaene: behov for å bære en maske for å skjule skammen. Skam var betydningsfull i depresjonserfaringen, og ofte til hinder for bedring fordi skam førte til sosial tilbaketrekning og var en barriere mot å søke hjelp. Flere studier antyder at skam er assosiert med tilbaketrekning fra eller sammenbrudd i sosiale relasjoner (Black et al., 2013; Dorahy et al., 2017). Samtidig fremheves den sosiale rollen som skam har når det gjelder å hevde moralske verdier og regler (Gausel et al., 2016; Murphy & Kiffin-Petersen, 2017; Nazarov et al., 2015). Skam har med andre ord også en normativ funksjon.

Flere studier finner at profesjonelle selv opplevde skam og stigmatisering når egne erfaringer med psykiske lidelser ble fortalt til kollegaer eller i sosiale medier (Bhattacharya,

2020; Hickox, 2021; Tay et al., 2018). I følge både Tay et al. (2018) og Bhattacharya (2020) stammer de mest negative erfaringene med å fortelle om egen psykisk lidelse fra kollegaer innenfor egen profesjon (her psykologer). Dette samsvarer med Hickox (2021) sine opplevelser som psykolog med brukererfaring. Hun beskriver tilbakemeldinger og kommentarer fra egen profesjon som i en skrekkfilm: «The calls are coming from the inside of the house» (Hicox, 2021, s. 29) og avslutter artikkelen på denne måten:

We need to share our stories and have them heard and validated by all levels of our profession. Lived experience can be an asset in our work. But our profession's discomfort, expressed by shaming and silence, is a fault that runs deep, whether in the workplace or on social media. If we work together to remove mental health shaming from our profession, we can begin to tell people who we really are, rather than let them tell us who we are not. (Hickox, 2021, s. 31)

2.3 Om betydningen av relasjon

Pasienters beskrivelser av sine egne erfaringer viser at det sosiale livet rammes hardt ved en depresjon. Studier viser at ensomhet, tilbaketreking og isolasjon fra sosiale sammenhenger er vanlig (Allan & Dixon, 2009; Barg et al., 2006; Li et al., 2017; Holm et al., 2013; Pierce et al., 2003). Artikler om menneskers erfaringer med ensomhet beskriver følgene av ensomhet som en kontinuerlig, smertefull følgesvenn som får pasienter til å betrakte sin lidelse som en personlig defekt eller mangel (Karhe & Kaunonen, 2015; Lee et al., 1994; Thesen, 2001). Rice et al., (2011) mener at vansker med sosiale interaksjoner ved depresjon er mer utbredt enn tidligere rapportert. Deltagerne i deres studie beskrev redusert ønske om sosialt samspill og frykt for sosiale interaksjoner, at de var for emosjonelt overbelastet til å samhandle og bekymret for at andre mennesker ikke ville forstå hvordan de hadde det. De beskrev en frykt for å være en byrde (Rice et al., 2011). Den overordnede tematikken handlet om troen på at andre mennesker dømte dem negativt, og at andre på en eller annen måte kunne se hvordan de hadde det, men uten egentlig å forstå, slik at de ble utsatt og sårbare (Rice et al., 2011). Denne sårbareheten viser et behov for å bli sett, men samtidig også en frykt for det samme. Andre studier beskriver hvordan mennesker med depresjon opplever lengsel etter tilhørighet, fellesskap og gjensidighet i relasjonelle forhold (Aubry et al., 2021; Danielsson & Rosberg, 2015; Hedelin & Jonsson, 2003).

Mennesker som bærer skam er ofte sin egen strengeste dommer og selvmedfølelse kan være nærmest fraværende (Gilbert, 2009). Psykolog og professor Paul Gilbert utviklet det han kalte Compassion-focused therapy (CFT) på bakgrunn av observasjoner i klinisk arbeid der man fant at skam gjorde det vanskelig å være i eller å etablere nære relasjoner samt hindret mennesker i å komme videre eller oppleve bedring i terapeutisk sammenheng (Gilbert, 2009). Gilbert diskuterer det evolusjonære aspektet ved skam, og hevder at skam utviklet seg som et middel for å sikre fysisk og sosial overlevelse, fra et sosialt rangsystem bestemt av dominans hos primater, til et mer komplekst sosialt rangsystem bestemt av prestisje eller sosial anerkjennelse (Gilbert & Allan, 1998). Ved skamerfaring vil mennesket, ifølge Gilbert og Allan (1998), oppleve seg som lite attraktiv, mislykket og mindreverdig i egne og andres øyne. Man frykter å bli avslørt som «feil» eller mangelfull, og i dette ligger frykten for at andre vil ta avstand fra en (Gilbert & Allan, 1998). Som følge av at egne feil og mangler er blitt eksponert for andre, eller står i fare for å bli eksponert, søker mennesket som opplever skam heller å trekke seg tilbake fra andre for å hindre ytterligere smertefull eksponering. Tilbaketrekkingen kan forstås som forsøk på å gjenvinne sosial aksept og inkludering, og er på den måten en relasjonell overlevelsesstrategi (Gilbert & Allan, 1998). Ensomhet regnes som et bedre alternativ enn å bli betraktet, eller potensielt avslørt, av den andre som mislykket og mindreverdig.

Ensomhet er et sentralt problem for personer med alvorlig psykisk lidelse, men der er likevel få studier som omfatter ensomhet. I nordisk sammenheng har særlig forskere innenfor den omsorgsvitenskapelige tradisjonen som Nilsson et al. (2008, 2006) utforsket ensomhet hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Ensomhet er også et tema i Lindholms doktoravhandling (1998), og i Lindholm et al. (2001) sin studie. Arbeidene har som ett av de sentrale målene å hjelpe psykiatriske sykepleiere til å forstå noe universelt ved ensomhet, og dermed forstå pasienten på et dypere eksistensielt nivå. Et viktig funn er lengselen etter den andre som ligger i ensomheten. Mennesker kan lengte fordi de kjenner seg ensomme, eller motsatt: de føler seg ensomme fordi de lengter eller savner (Ueland, 2013). For enkelte handler lengselen om å bli verdsatt som menneske, og om at deres verdi blir bekreftet i møte med den andre. I studien til Hedelin og Jonsson (2003) ble det tydelig at fellesskap var det som bidro til at mennesker med psykiske lidelser frisknet til, mens Hagerty og Williams (1999) blant annet demonstrerte at lav grad av tilhørighet er assosiert med høyere nivå av depresjon og ensomhet. Disse funnene bekreftes av Barg et al. (2006), der studiedeltagerne beskrev ensomhet som forløperen til depresjon, og av Allan & Dixon (2009) og Li et al. (2017), som fant at tilbaketrekning fra andre mennesker førte til en forverring av depresjonen.

Men lengsel kan også rettes fremover mot noen eller noe og bære med seg et håp. Erfaringer av lengsel kan dermed også ha en positiv dimensjon (Ueland, 2013). Ueland (2013) skriver at håpet ligger i fellesskapet som en oppfyllelse av lengselen. Lohne og Severinsson (2005) knytter lengselen og håpet til sykepleiepraksis og skriver: «Implications to nursing practice are therefore listening to suffering and longing individual and comforting the suffering by pointing towards possible future roads of hope» (s. 192). En av hovedkonklusjonene i studien til Li et al. (2017) var at tilrettelegging for relasjoner til andre mennesker bør være hovedmålet for omsorgen i psykisk helsevern. Hovedkonklusjonen støttes av en tidligere studie der Larsen og Andersen (2008) analyserte 12 skandinaviske selvbiografier skrevet av personer som ble betegnet som psykisk lidende. Studien diskuterer blant annet funn knyttet til hva som er godt psykisk helsearbeid. Et viktig funn viser at ansatte som er til god hjelp må være ærlige og kjærlige og ha fokus på relasjonen, samt at pårørende som bryr seg er vesentlig for at pasienter skal få et bedre liv (Larsen & Andersen, 2011, s. 120, 127). Flere studier peker mot det samme. Det som viser seg å ha størst betydning i behandling, det som gjør at mennesker opplever å «komme seg», er relasjoner der kvaliteter ved behandler som sensitivitet, kjærlig tilstedeværelse, anerkjennelse, respekt og ydmykhet er de mest vesentlige (Anderson, 2016; Larsen & Andersen, 2011; Flückinger, 2018; Munder et al., 2018; Norcross & Wampold, 2018; Schöttke et al. 2017).

3. Teoretisk bakgrunn

I dette kapitlet drøfter jeg de teoretiske forutsetningene for forskningsarbeidet. Studiens utgangspunkt var ikke informert av ett konkret teoretisk rammeverk. Valg av teori har utviklet seg gjennom arbeidet med avhandlingen, med bakgrunn i funn og med økende innsikt i tidligere forskning på feltet.

I første avsnitt presenteres deler av Kari Martinsens tenkning, som her omfatter tyding, sansing - forståelse, urørlighetssonen - åpen tale. Martinsen belyser fundamentale allmennmenneskelige erfaringer, som eksempelvis skam, og knytter tenkningen til sykepleiefaget. Martinsens filosofiske tenkning og samtidige nærhet til sykepleiefaget, ofte illustrert med eksempler fra praksis, gjør hennes filosofi relevant som sentral grunnlagstenkning i denne avhandlingen.

Avsnittet om depresjon innledes med en kort historisk gjennomgang. I likhet med skam er depresjon en del av menneskers liv. Det er vesentlig å kjenne til hvordan historiske kilder har beskrevet depresjon, og hva som har ledet til at den biomedisinske måten har blitt den mest fremtredende for hvordan vi forstår depresjon i vår tid. Kapitlet fortsetter med fenomenologiske bidrag som medvirker til kunnskap og forståelse om depresjon. Bidragene viser hvordan psykiske lidelser ikke kan forstås løsrevet fra menneskers egenforståelse, egne erfaringer og opplevelse av mening.

Skam er et mangfoldig begrep og et fenomen som vekker ulike assosiasjoner avhengig av egne erfaringer, kulturell kontekst, media og litteratur. Hva som er skamfullt og hva som skaper skam varierer fra menneske til menneske og fra en kultur til en annen. Jeg vil introdusere noen betydningsfulle bidragsyttere som gjennom filosofi og forskning har medvirket til kunnskap og forståelse knyttet til skam. Den ontologiske skammen er ikke særskilt omtalt i avhandlingens artikler, men er grunnleggende i menneskers liv. Avsnittet innledes derfor med noen betraktninger om skam, etisk og ontologisk. Filosofer, mer enn andre fagpersoner, har skrevet om den etiske skammen. Dette er bakgrunnen for å ta veien om filosofi, og er et forsøk på å skrive frem det fundamentale ved skam, kanskje i motsetning til tilnærminger som primært setter søkelys på empiriske observasjoner og teori.

Jeg tar i avhandlingen ikke spesielt opp positivismekritikken, den biomedisinske kulturen og utvikling av vitenskap basert på naturvitenskapelig tenkning og metode som fortsatt er dominerende innenfor det psykiske helsefeltet. Samtidig er det uunngåelig ikke å ta noe av denne diskusjonen opp, selv om denne avhandling har sitt stå- og tenkesett i de humanistiske og moralfilosofiske tradisjonene. Meget kortfattet er den biomedisinske

vitenskapstradisjonen blitt beskrevet i fortettet, og nok i noe karikert form, i diktet *Til minnet om Kraepelin*, skrevet av den finlandssvenske psykiateren Claes Andersson (1970):

Hon som rör sig sådär ryckigt är schizofren
Dendär orörliga är kataton
Hon som sitter naken i isoleringsrummet är deprimerad
Han som svävar en halv centimeter ovanför golvet är manisk
Hon som krampar är epileptiker
Han som stirrar sådär är idiot
Hon som står hela dagen i duschen är tvångsneurotiker
Han som hängt sig är död
De som förvånade betraktar allt detta är personalen
(s. 42)

Diktet vekker grunnleggende kunnskapsteoretiske og etiske spørsmål. Andersson henviser til den tyske psykiatriprofessoren Emil Kraepelin (1856-1926) som var hovedmann bak klassifisering av diagnoser, og tilhørte den biomedisinske vitenskapstradisjonen. Individene i diktet er innordnet diagnostikkens merkelapper og symptom som kan iakttas. Personalet inngår i denne kategoriske språkformen og er depersonifisert på samme vis.

I denne avhandlingen er Kraepelin og hvordan hans tenkning inngår i den biomedisinske forskning i dag, tatt opp i punkt 3.2.1. Det vises i avhandlingen hvordan denne tenkemåten er radikalt annerledes enn tenkemåten denne studien bygger på, og dernest at funnene støter inn i ontologiske grunnvilkår, som at livet er sårbart, at tillit, medlidenhet og omsorg bærer liv, at vi er gjensidig avhengig av og utlevert til hverandre i sårbarhet og makt. Funn som vil være fraværende i en biomedisinsk forskningstradisjon.

Skjønnlitteratur, billedkunst, teater og poesi er også kilder til forståelse av og innsikt i fenomener som depresjon og skam. Som eget punkt i dette kapitlet har jeg derfor valgt å kort kommentere betydningen av særlig kunstneriske uttrykk og skjønnlitteratur som opplysende og utviklende i forhold til vår forestillingsevne, forståelse og medlidenhet når det gjelder depresjon og skam.

3.1 Grunnvilkår ved livet

Sykepleier og filosof Kari Martinsen sine tekster kan leses som et forsvar for verdier som står på spill innenfor det profesjonaliserte helsevesen. Men først og fremst har tekstene, slik jeg ser det, inspirert snart to generasjoner sykepleiere til å holde fast ved grunnvilkår i menneskers væren, omsorgens betydning i helsefagene og dypere innsikt i samt forståelse for muligheter og vilkår som hviler i profesjonelle relasjoner. Martinsen tenker med filosofer som Edmund Husserl, Maurice Merleau-Ponty, Martin Heidegger og Michel Foucault, men særlig den danske filosofen og teologen Knut E. Løgstrup. Det er Martinsens utlegging av Løgstrups tekster som her diskuteres.

3.1.1 Sansing, tyding og forståelse

Det er pasienten som menneske og hens beskrivelser av levd erfaring med depresjon som er avhandlingens empiriske grunnlag. Samtidig, og kanskje mer enn noe annet, kaller funnene på den gjensidige avhengigheten og utlevertheten til hverandre. Det tok en stund før jeg oppdaget betydningen av dette ontologiske grunnvilkåret i datamaterialet, selv om jeg gjennom flere år har latt meg inspirere av tenkere som Martinsen og Løgstrup. Løgstrups (2010) antagelse ble dermed oppfylt i praksis: «Det er en alminnelig filosofisk iakttagelse, at de mest elementære fenomener, der hører vor eksistens til, bliver vi sidst og vanskeligst opmærksom på» (s. 26). En tydende tilnærming handler om nettopp dette, å utdype og tolke de grunnvilkår ved livet som er oss gitt, men som kan være vanskelig å oppdage. Tydingen er rettet mot «den andre», vendt mot det som kommer til utenfra, og er dermed relasjonell. Martinsen (2003) skriver:

Det er en minutiøs og konkret analyse av interpersonalitetens fenomener som ikke er styrt av noen systemtvang. [...] Det er å kunne følge ordene inn i deres mange vendinger, inn i ulike betydningssammenhenger for å få pasientinntrykket klart. Det er å oppdage det uventede i det kjente, og å folde ordenes betydningssammenhenger ut. Det er, med utgangspunkt i fenomener som ligner hverandre, å forstå det ene med det annet for å få ulikhetene frem. Som oftest gjør vi det motsatte. Vi stopper ved likhetene. (s.114)

Tydingen skjer på sansingens vilkår. Martinsen (2012) skriver at sansing i sykepleien handler om sykepleiers fornemmelse for *noe mer*, for lag som ikke er synlige i pleie- og samtalsituasjoner, og der sykepleier handler på bakgrunn av det hun sanser i situasjonen (Martinsen, 2012). Dette dreier seg ikke om en intuitiv, klinisk fornemmelse knyttet til

kroppslige forhold, men om «en demrende forståelse av det stemte inntrykk» (Martinsen, 2012 s. 14). Erfaringen av det stemte inntrykk kan merkes. Mange av oss har opplevd at situasjoner rommer mer enn det som kan sees, høres eller tas og føles på. Enkelte ganger er det nok å komme inn i et rom før man umiddelbart blir var eller fornemmer en stemning. Inntrykket som kommer til oss utenfra, rommer noe betydningsfullt, som aldri kan gripes eller forstås fullt og helt, men som vi stadig kan undre oss over.

Sansningen og tydingen er vevd sammen, men tydingens bevegelse er ikke bare bundet av sansingen. Tyding er også en bearbeiding av inntrykket i sansningen, «hvor forståelsen skaper en avstand til det sansede» (Martinsen, 2012, s. 14). Martinsens medforfatter gjennom flere år, Tom Kjær (2012), skriver:

Hvis sykepleier skal kunne hjelpe pasienten til å finne seg selv et nytt sted i livet, må hun finne seg selv på sitt eget sted i en forståelse av han, hans situasjon og behov og legge en forståelsens avstand til sanseintrykket. Det gir henne mulighet for å erkjenne, hvilket stykke av den andres liv som hun i dette øyeblikk holder i sine hender. (s. 188)

I sansningen og forståelsens vekselvirkende bevegelser kan det skapes et indre rom som forståelsen kan bevege seg i – et rom der man kan forsøke å tyde det sanseutløste inntrykk (Martinsen, 2012, s. 38). Forståelsen gir den avstanden og det refleksjonsrommet som trengs for å strukturere inntrykket og forme det videre arbeidet. Dette rommet kaller Løgstrup (2015) et «fiktivt rom» (s. 38-41). Martinsen kaller det «tankerom» (2012, s. 38). I tankerommet, i avstanden mellom sansning og forståelse, finner tyding sted. Det er en åpen horisont som gjør det mulig å tenke seg om (Martinsen, 2012 s. 34). Alt som er i det faktiske rommet, som lyd, lukt, farger og lys, stemmer inntrykket og rekker inn i det tankerommet som er stemt. I ettertanken eller etterklngen av et inntrykk, i tankerommet, finnes muligheten for å settes i en undring (Martinsen 2012, s. 41). Undringen åpner for en lyttende, spørrende henvendelse til pasienten.

Sansingen og forståelsen er forenede motsetninger skriver Løgstrup (1993). Forenede motsetninger er ikke adskillende og ikke sammensmeltende, skriver Martinsen (2021), men fenomener som gir liv til hverandre. De er adskilt i forbundethet: «Det er gjennom motsetninger at vi møter hverandre, at vi kommer inn på livet av hverandre, uten å gå inn i hverandre» (Martinsen, 2021, s. 56). Slik jeg forstår det peker Martinsen på en eksistensiell forskjell her. Vi kan bare møtes. Ikke gå lenger, slik også lyrikeren Halldis

Moren Vesaas (1955) beskriver i ett av sine mest kjente dikt *Ord over grind*: «Du går fram til mi inste grind og eg går òg fram til di. Innanfor den er kvar av oss einsam, og det skal vi alltid bli» (s. 51-52).

3.1.2 Åpenhet og urørlighetssonen

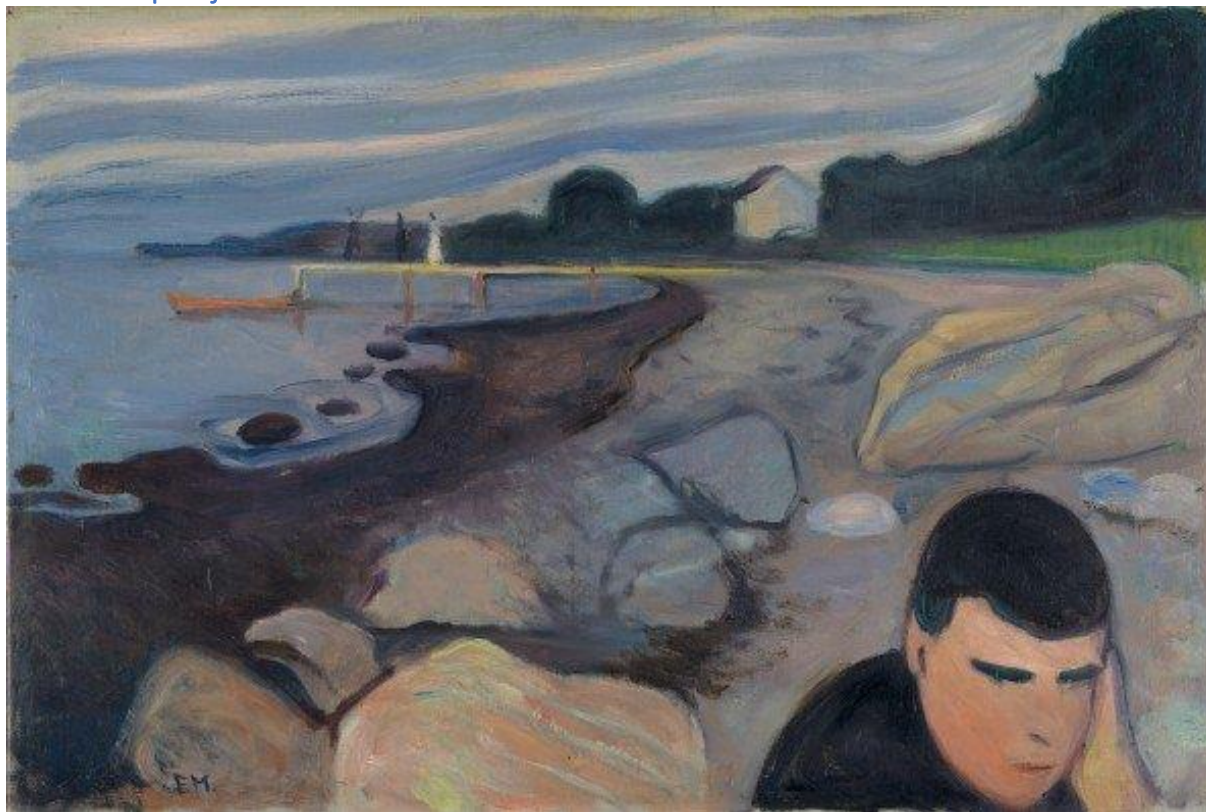
Et liv må vernes, skriver Martinsen (2001). Det noe vi skal la være, noe som dreier seg om den andres grenser. Grensene kan trekkes nær egen kropp og selv, eller lenger ute, og handler om behov for distanse av ulik grad. Dette kaller Løgstrup urørlighetssonen (Løgstrup, 1993). Grensen er bevegelig. Den kan endres gjennom livet og den kan variere med ulike situasjoner, men den forutsetter åpenhet for ikke å stivne til slik at urørlighetssonen blir værende tillukket (Dåvøy & Martinsen, 2014). Tillukketheten stenger av for et nærvær som er av det gode og som kan romme den skammen som mennesker trenger å dele. Åpenheten og urørlighetssonen er dermed forenende motsetninger. Åpenhet uten urørligheten blir invasjon av den andre. Urørligheten uten åpenhet blir til klassifiseringer og stenger av for den andre. Sammen gir de liv, hver for seg stenger de livet ute.

Etikk og liv henger nært sammen. Etikken blir ikke til fra en objektiv distanse, men med grunn i våre egne livserfaringer. De etiske spørsmål kan ikke løsrives fra vår egen eksistens (Løgstrup, 2010). Slik jeg leser Løgstrup peker han på at livets grunnvilkår er uløselig bundet til etikken, og at etikken derfor kan kalles ontologisk. Ivaretagelsen av urørlighetssonen møter oss som en fordring, som et etisk og eksistensielt krav. Respekten for urørlighetssonen gjelder både innover og utover, innover for å verne om eget liv, og utover som en grense mot andre.

Innen psykisk helsearbeid kommer vi nær urørlighetssonen og beveger kanskje grensene til det innerste. Det vil alltid være noe mer ved et menneske enn det som fortelles i et møte - en nødvendig distanse som også er en forutsetning for at åpenheten og nærheten kan bli fruktbar (Alvsvåg, 2000, 2014). Når grunnvilkår, eller at-heter⁶ ved livet står på spill krever det sanselig, tilstedeværende tilbakeholdelse. Martinsen (2021) skriver: «Åpenheten i spill med urørlighetssonen gir rom og setter oss i en spørrende, langsam undring. Når noe er fastlåst, undrer vi oss ikke lenger» (s. 56).

⁶ Slik som *at* livet er sårbart, *at* vi skal dø, *at* tillit, medlidenhet og omsorg bærer liv, *at* vi er gjensidig avhengige av og utlevert til hverandre (Alvsvåg og Martinsen, 2018, s. 215).

3.2 Om depresjon



Edvard Munch (1892). *Melancholia* Foto: Børre Høstland/Nasjonalmuseer

I begynnelsen var depresjon⁷. Boken om Job ble skrevet mellom 500 og 300 år f.Kr. Allerede her, og gjennom flere andre bibelske karakterer, presenteres kjernesymptomer på depresjon som møter nåtidens forståelse og som kan være en kilde til innsikt (Gilbert, 2017).

26 Jeg håpet på det gode, men det onde kom,
jeg ventet på lys, og det ble mørke.

27 Det koker i meg, ustanselig.
Jeg har møtt trengslenes dager.

28 Jeg går omkring i sorg, uten et gløtt av sol.
Jeg trer fram i forsamlingen og roper om hjelp.

29 Jeg er blitt en bror av sjakaler,
holder lag med strutser.

30 Huden er svart over hele meg,
og knoklene brenner av hete.

⁷ Frem til 1860 årene brukte man melankoli som medisinsk terminologi for depresjon. Melankoli er avledet fra latin, melanos kohle, eller "svart galle" som ved overskudd i kroppen gav tristhet, irritabilitet, sinne, sløvheter og dysterhet (Melancholy, 2021).

31 Min lyre er stemt for sørgesang,
og fløyten gir lyd til gråt.
(Job. 30:26-31, Bibelen 2011)

Klagesangen fra Job skaper vennlig nysgjerrighet; hva har skjedd med deg? Hvordan ble livet så mørkt? Job beskriver hvordan han har det uten at vi blir forespeilet en mulig depresjon. Sinnslidelser, forekomst og mulig forklaring, har til alle tider hatt noe gåtefullt ved seg (Høyersten, 2009). Dette gjenspeiles særlig i dag da psykiatrien er opptatt av å finne svar på gåten og den biomedisinske tilnærmingen dominerer måten vi forstår og behandler psykiske lidelser på. Psykiatriens historie er en broket historie, et langt og vondt kapittel, der både misbruk og umenneskelighet har foregått i psykiatriens og helbredelsens navn (Høyersten, 2009). De tradisjonelle psykiatriske begrepene bygger på en rekke grunnantagelser og forforståelser om «den gale», der kuren er fornuft, rasjonalitet og vitenskap (Hermundstad; 1999; Høyersten, 2009). Begrepene har medvirket til å styre både behandlingen, og hvordan mennesker med psykiske lidelser har blitt oppfattet i helsesystem og i samfunn. Fordommer, stigmatisering og diskriminering danner fortsatt barrierer for mennesker med psykiske lidelser, særlig når det gjelder deltagelse i sosiale fellesskap (Corrigan et al., 2014; Corrigan & Nieweglowski, 2019; Eldal, 2019; Larkings et al., 2017; Thornicroft et al., 2016).

Fenomenologiske forskere i helsefeltet, blant andre Fuchs (2002), Ratcliffe (2015), Sveneaus (2019) og dessuten klassikeren van den Berg (1952), utfordrer diagnosenetningen og den naturvitenskapelige forståelsen gjennom å utforske og vise hvordan pasientnære erfaringer kan bringes frem og tilføre psykisk helsefelt nødvendig kunnskap, - og bidra til forståelse i møte med mennesker som opplever vansker i sine liv.

Det neste kapittelet gir innblikk i historikk som er av betydning for denne studien: depresjonshistorien og utviklingen av diagnosesystemene, samt viktigheten av en fenomenologisk tilnærming til depresjon.

3.2.1 Fra følelser og symptomer til diagnose

Dette avsnittet gir et historisk innblikk som beskriver hvordan levende fortellinger ble til diagnostiske kategorier og symptomlister, og bidro til en endring i forståelsen av psykisk lidelse. Den endrede forståelsen har fått konsekvenser for mennesker med psykiske lidelser, psykiske helsetjenester og psykisk helse-praksis som helhet. I det følgende er det den amerikanske professoren i sosiologi, Allan V. Horwitz, jeg særlig trekker veksler på.

Depresjon har, ulikt andre psykiske lidelser, en historie som er uvanlig konsistent (Gilbert, 2017; Horwitz et al., 2017). Gjennom 2500 år, fra tidlige medisinske tekster i antikkens Hellas og frem til introduksjonen av DSM-3 i 1980, har likedannde symptomatiske beskrivelser karakterisert kjernesymptomer ved depresjon. De tidligste Hippokratiske tekster definerer depresjon på samme måte, men kontekstualiserer samtidig for å differensiere normal tristhet fra depressiv lidelse. Tristhet ble forstått som naturlig respons på tap, og symptomer indikerte depressiv lidelse kun dersom de ikke kunne rammes inn av en identifisert hendelse eller dersom triggeren ikke samsvarte med varighet og intensitet i symptombildet (Horwitz et al., 2017). Tekstene har imidlertid blitt kritisert for å være både «hjelpeløse og prøvende» (Hem, 2003, s. 3) og det er høyst sannsynlig at tekstene ikke ble skrevet av Hippokrates selv. Måten menneskers lidelse studeres, behandles og journalføres er uansett til ettertanke (Gilbert, 2017). Ifølge Eirik Welo (siteret i Ringnes, 2001) som har oversatt 1200 sider med Hippokratiske tekster fra gresk til norsk, er det mest interessante med oversettelsene de levende, detaljrike beskrivelsene av pasienthistoriene. Horwitz et al. (2017) viser til flere eksempler på depresjon i sitt kapittel om depresjonens historie der tid, helheter og sammenhenger har en naturlig plass, og ikke isolert sett forstås som diagnose og symptomer.

Hippokratisk teori bygger imidlertid på en biologisk forståelse der ubalanse i svart galle kunne være årsaken til depresjon. Denne lenken til biologi som underliggende faktor for psykisk lidelse har vedvart frem til i dag, selv om vi har gått bort ifra de fire kroppsvæskene (svart galle, gul galle, blod og slim) som relatert til temperament (Gilbert, 2017).

Den Hippokratiske tilnærmingen til det deprimerede mennesket var støttende og vennlig. Pasienten skulle få hvile og riktig mat. Den enkelte skulle bli sett og behandles med omsorg. Gilbert (2017) skriver at tilnærmingen var person-sentrert og dermed et lovende grunnlag for behandling av mennesker med depresjon, noe som kanskje ikke har fått nok anerkjennelse i vår tid.

Utviklingen av et strukturert system for å forstå depresjon fortsatte på 1600-tallet da de første seriøse forsøkene på å subkategorisere ulike typer depressive lidelser ble utarbeidet. En av de som fortsatte arbeidet i den Hippokratiske tradisjonen var den engelske forfatteren Robert Burton. Han ble kjent for boken *The Anatomy of Melancholy* utgitt i 1621 (Horwitz et al., 2017). I boken definerer Burton melankoli, diskuterer årsakene, angir symptomene og drøfter behandlingsmåter. Burton insisterte på at melankoli i seg selv ikke er tilstrekkelig for å stille diagnose. Han var sensitiv i forhold til betydelige menneskelige variasjoner i hvordan vi reagerer på hendelser og observerte at reaksjoner på normale tap kunne gå til det ekstreme:

If parting of friends, absence alone, can work such vilent effects. This is so grievous a torment for the time, that it takes away their appetite, desire of life, extinguisheth all delights it causeth deep sighs and groans, tears exclamations...howling, roaring, many bitter pangs. (Burton, 1621, sitert i Horwitz et al., 2017, s. 14)

Horwitz et al., (2017) mener Burtons verk gir en av de mest omfattende beskrivelser av depresjon i historien, men teksten ble regnet som uegnet for videre vitenskapelige studier ettersom man så på arbeidet som usystematisk, inkonsistent og usammenhengende. På 1600- og 1700-tallet skjedde det en endring i vestlig intellektuell tilnærming og tradisjon. Man beveget seg fra de Hippokratisk intuitive og relasjonelle metodene, til Bacon og Newtons observerende og empiriske metoder (Horwitz et al., 2017). Gradvis ble depresjon delt inn i mer spesifikke kategorier og mot slutten av 1800-tallet utviklet den tyske psykiateren Emil Kraepelin (1856-1926) en systematisk inndeling av alvorlige psykiske lidelser basert på symptomer, antatt årsak og forløp. Hans viktigste verk *Compendium der Psychiatrie* kom ut første gang i 1883 (Skålevåg, 2017). Kraeplins tilnærming til psykiatriske diagnoser⁸ inspirerte til det amerikanske diagnosesystemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), som etter hvert ble utarbeidet av American Psychiatric Association (APA) og senere til International Classification of Diseases (ICD)⁹ utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (WHO) (Ebert & Bär, 2010). Men, det var en viktig forskjell i måten å forstå diagnoser på fra Kraepelin til DSM og ICD. I likhet med sine forgjengere var det å skille intens tristhet fra patologi en kjernesak for Kraepelin, samt nødvendigheten av å ta hensyn til den enkeltes kontekst og historie, hvilket han ettertrykkelig ga uttrykk for gjennom sine tekster (Gilbert, 2017; Horwitz et al., 2017). Disse viktige perspektivene ble i langt mindre grad inkludert i de nye diagnosesystemene, og i DSM-3 (1980) skjer det en forandring som Horwitz et al. (2017) mener utfordrer 2500 års kunnskap om hvordan man forstår og diagnostiserer depresjon. Her endres varigheten av symptomer fra en måned til to uker og man velger å likestille fenomener som suicidforsøk og følelse av verdiløshet med tilstander som fatigue og insomnia. Samtidig utelates kontekst som en viktig del av

⁸ Etymologisk betyr dia-gnostikk 'å vite grundig' i betydningen å se gjennom kroppen.

⁹ ICD-10 er den siste klassifikasjonen. Den første ble formalisert i 1893 som *The Bertillon Classification*, eller Den internasjonale listen over dødsårsaker. ICD-10 er den tiende revisjonen (Dahl, 2020). I Norge har Statens helsetilsyn hatt ansvar for utarbeidelsen av en norsk utgave spesielt tilpasset norske forhold (Malt, 2021).

sykdomsbildet, med unntak av sorg etter dødsfall i nær relasjon. Ifølge psykiater og professor Robert Spitzer, som ledet arbeidet med DSM-3, fantes det «lite forskning som underbygger de fleste av de psykiatriske diagnosene i DSM-3» (Spitzer, sitert i Davies, 2016, s. 36).

Det felles språket som DSM-3 og ICD-10 utgjorde ble imidlertid også ansett som viktig av flere grunner. Det ble en målestANDARD for depresjon på tvers av ulike land og kulturer, som gjorde forståelsen mellom fagfolk og forskere enklere og de diagnostiske kriteriene universelle, og var derfor til nytte for forskere med ulike teoretiske overbevisninger (Horwitz, et al., 2017). I tillegg ble klassifiseringssystemene et nyttig verktøy for evaluering av forhold som behandlingseffektivitet, klinisk forløp, remisjon, tilbakefall og prognose for psykiske lidelser (Kendell & Jablensky, 2003)¹⁰.

3.2.2 Fenomenologi i psykisk helse

På grunnlag av det korte historiske innblikket i diagnosesystemets utvikling finner vi at sykdomsforståelse er i stadig endring i en verden som også endres. I vår tid hever flere røsten for en mer humanvitenskapelig og fenomenologisk tilnærming til lidelse og behandling, og både forskere og klinikere har sterke innvendinger mot naturvitenskapens reduserende eller fremmedgjørende struktur (se for eksempel Alvsvåg, 2010; Aarre, 2017; Ekeland, 2021; Martinsen, 2006; Skårderud, 2001; Sveaneus, 2019).

Martinsen (2012) har i hele sitt akademiske virke, vært en sterk kritisk stemme til den etablerte makten som den biomedisinske tilnærmingen til sykdom har fått. Hun har vist hvorfor den ontologiske situasjonsetikken har særlig relevans i helsefag og arbeid med mennesker. Martinsen (2012) skriver: «de suverene livsytringene, den etiske fordringen og kulturen (...) toner på forskjellig måte med i situasjonene menneskene lever og strever i» (s. 21), men det er samtidig et «komplisert forhold mellom den tidløse etiske fordringen (de ontologiske grunnvilkår) og de relative og kulturbestemte normene» (Martinsen, 2012, s. 55). I psykisk helsearbeid blir slike kompliserende forhold synlig for eksempel når regler, standarder og vitenskapelige metoder låser fast i *en* tenke- og handlemåte som virker lukkede i stedet for situasjonsåpnende og frigjørende. *Den* andre reduseres til *det* andre og innebærer at det blir skapt en avstand til *den andre* som medmenneske. Regelsett, diagnoser og evidensbaserte normer vokser ut av klinisk praksis, men er ikke absolutte og bør forstås

¹⁰ Siden 1980 har man revidert DSM to ganger og ICD en gang. I den sist reviderte utgaven, DSM-5 (2013), har sorg blitt tatt bort som eksklusjonskriterium for depresjon. I ICD-11 har Forlenget sorgreaksjon blitt en diagnose. Disse endringene har vært svært omdiskutert. ICD-11 ble vedtatt av WHO juni 2018. ICD-11 trer sannsynligvis i kraft i løpet av 2022-2023. I mellomtiden benyttes ICD-10, med visse oppdateringer fra 2015 (Horwitz & Wakefield, 2007; Høye, 2013).

eller vurderes i situasjonen og ut fra den etiske treklang. Den etiske treklengen handler om hvordan ta ansvar for fordringen i den enkelte situasjon der normer og regler også er til stede. Dette er et komplisert samspill som forutsetter at den ontologiske situasjonsetikkens to «bør», normene og den etiske fordring, er i stadig vekselvirkning med hverandre. Den etiske treklengen slår sånn sett ikke beina under naturvitenskapen, men lar den ontologiske etikken komme før den diagnostisk orienterte naturvitenskapen.

Flere fenomenologiske studier støtter Martinsens tenkning og har fått tydeligere stemmer i debatten rundt diagnosesystemene og synet på sykdom og helse. Studiene påpeker at man ikke kan forstå psykiske lidelser løsrevet fra menneskers egen forståelse, og se bort fra personens opplevelse av mening og relasjon til verden (Dolezal, 2015; Drożdżowicz, 2020; Fuchs, 2002; Kinghorn, 2020; Kendler, 2016; Mitropoulos, 2018; Ratcliffe, 2015; Sveaneus, 2019). Innen medisin og humaniora har filosofer og helsepersonell innen psykisk helse utviklet begrep og gjennomført empirisk forskning som gjør den subjektive dimensjonen av menneskers liv forståelig. Temaene har hovedsakelig vært levde erfaringer knyttet til møte med helsevesen, til fysisk sykdom, psykisk lidelse eller funksjonshemning (Fuchs, 2002; Ratcliffe, 2015; Sveaneus, 2019).¹¹

Mens diagnosesystemene DSM og ICD er klassifiserende og tar et forklarende tredjepersons perspektiv, vil fenomenologiske studier være i bevegelse mellom erfaringsledet og fenomenledet forskning, og skrive frem en forståelse av den enkelte pasients opplevelser som også omfatter sosiale, kulturelle, eksistensielle og ontologiske perspektiver (Herholdt-Lomholdt et al., 2022; Sveaneus, 2019; van Manen, 2014). Jeg hevder ikke her at moderne psykisk helsearbeid ikke intenderer å ta høyde for eksistensielle, kulturelle eller sosiale forhold, men at fagfeltet fortsatt ser ut for å ta sitt utgangspunkt hovedsakelig i en medisinsk forklaringsmodell for det mennesker strever med.

Fenomenologiske tilnærminger har hverken som siktemål å ta bort opplevelsen av smerte eller posisjonerer seg som eneste kilden til kunnskap, men er et viktig bidrag for å gi helsearbeidere et bedre grunnlag for å forstå og hjelpe mennesker som strever med psykiske lidelser. Det handler for disse tilnærmingene om å tydeliggjøre den andres livsverden for å gi forskning og klinisk praksis større innsikt i hvordan sykdom og lidelse oppleves.

¹¹ Fenomenologiske studier er ofte inspirert av kjente filosofer og deres beretninger utviklet fra begynnelsen av forrige århundre frem til i dag; Edmund Husserl (1838-1917), Martin Heidegger (1889-1976), Jean-Paul Satre (1905-1980), Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) og Max van Manen (1942-). Også fenomenologer som i hovedsak rettet seg mot psykiatri har fått betydning i nyere studier, også mine, som klassikerne van den Berg (1914-2012) og filosof og psykiater Karl Theodor Jaspers (1883-1969).

3.3 Om skam

Historisk sett har skamfølelsen ofte fungert som en indre stemme koblet til fellesskapets forestillinger og verdier. Nettopp dette drøfter Aristoteles i verket Retorikk (ca. 340 f.Kr./2006). Aristoteles peker på hvordan vi bør te oss, og gjør skammen delvis til et normativt eller etisk prosjekt og som en ytterst sosial følelse, et lim, som gjør at samfunnet henger sammen. Skamfølelsen gjør oss dydige fordi vi frykter skamløsheten og det å bli utstøtt. Han skriver:

La oss da si at skam er en viss følelse av ubehag og uro angående feiltrinn, enten nåværende, tidligere eller fremtidige, som ser ut til å kunne medføre vanære, og at skamløshet innebærer en viss likegyldighet og ufølsomhet overfor de samme tingene. (Aristoteles, 2006, s. 125)

Aristoteles viser at skam kan være på godt og vondt; den kan være sunn og usunn. Om skam er det ene eller det andre handler om hvordan vi bruker følelsene våre, hvilke uttrykksform og styrkegrad de får. Den etiske skammen peker på noe allmennmenneskelig og kan hjelpe oss å velge det gode fremfor det onde i konkrete situasjoner. Av den grunn er god skam viktig og ønskelig; den beskytter, bevarer og regulerer intimiteten, egne og andres grenser, virker siviliserende på mennesker og er avgjørende for at et samfunn skal fungere. Aristoteles (2006) forståelse av hva skam er, har dannet utgangspunkt for senere filosofers forståelse av skam frem til i dag.

Skam har både en ontologisk og en kulturell side. Martinsen (2012) er særlig opptatt av den ontologiske skammen, og hvordan den forholder seg til kulturskapt skam. Den ontologiske skammen dreier seg om det uutgrunnelige ved livet; et liv som må vernes om og der skammen bidrar til å være vår grenser som ikke skal overskrides. Når man er i ferd med å overskride grenser trer den ontologiske skammen fram (Martinsen, 2001). Med denne bakgrunnsforståelsen skriver Martinsen (2012) at det er for lite ettertenksomhet omkring skam, og at vi kanskje burde skamme oss mer for måten vi omgås hverandre i livet på. Teologen Trygve Wyller (2003) utdyper: «Når fenomenologer mener vi burde hatt mer skam, så er det ikke fordi de vil gjeninnføre skammekroken. Men påstanden er at skam er den instans som hindrer oss i å se på den andre som en gjenstand vi kan og må gjøre noe med» (s. 63). Den ontologiske skammen er således i berøring med og spiller sammen med kulturen i den etiske treklang. Den vernende skammen setter mennesker i etisk beredskap. Den har med vårt liv med andre å gjøre, og med aktelsen for den andres liv. I det tydende nærvær, i det

sansende verdensforhold til hverandre, er vi seende, hørende, luktende og berørende involvert, og i dette tydende nærvær lever den skammen som er tilbakeholdende overfor den andres grenser, skriver Martinsen (2012). Bluferdighet kan være et uttrykk for en slik skam. Bluferdigheten har da med den ontologiske skammen å gjøre og bevarer, ifølge Martinsen (2012), menneskets ukrenkelige verdi og gjør at mennesker kan fremstå som hele. Martinsen (2012, s. 72) gir eksempel på den sansende sykepleiers mulighet for diskresjon i møtet med pasienten. Hun skriver om en tilbakeholdenhet som kan gi rom for skjønn og gjenkjennelse av grenser i egen kropp, som gjør at en unnlater å krenke pasienten. Samspillet mellom bluferdigheten og den etiske skammen blir dermed både «livgivende, grensesettende og aktende» (Martinsen, 2012, s. 73). Den kulturelle skammen er relatert til måten skam gis mening på, og den varierer, i likhet med forståelsen av depresjon, med kontekst (det vil si fra samfunn til samfunn eller fra en historisk epoke til en annen). Normene er ikke absolutte, men må tolkes inn i den enkelte situasjon. I så henseende har helsepersonell mulighet til å skape en kultur som er bevegelig og som gir rom for skjønn, og dermed hjelper både pasient og profesjonell til å føre seg slik at bluferdigheten bevares i relasjonen (Martinsen, 2012).

3.3.1 Skamløshet

Skamløshet er det motsatte av den etiske skammen som bevarer grenser og opprettholder samvittighet (Martinsen, 2012). Den skamløse handler som om grensene ikke finnes, og har ingen varhet for den andres urørlighetssone. Den vernende bluferdigheten er ikke til stede. I skamløshet kan pasientens kropp tingliggjøres, eller med andre ord løftes ut av sin sammenheng og uten hensyn til livserfaringen. Kroppen gjøres derved til objekt for den profesjonelles handlinger. De profesjonelle snakker *til* pasienten uten å snakke *med* ham. En faglighet som er skamløs, er også livløs skriver Martinsen (2012). Det vil si at de ulike tonene i treklangen ikke lenger klinger sammen, men fagligheten og den profesjonelle stenger av for inntrykkene og stemtheten pasienten er i og påfører egen stemthet. Livsytringene får ikke spillerom. Det er da det skjer, at den som behandles skamløst, den som blir avkledd og gjort til objekt, også er den som sitter igjen med skammen. «Feil folk skammer seg», skriver Wyller (2001, s. 11). Det å invadere andre menneskers urørlighetssone, burde utløse skam hos dem som invaderer. I stedet er det de invaderte som skammer seg - som for eksempel at skammen over overgrep blir igjen hos offeret (Vetlesen, 2005, s. 124). I arbeid med mennesker med psykiske lidelser møter vi stadig de som bærer krenkelsene etter den

skamløse. Mennesker som er forlatt med en voldsom skambyrde etter overgrep, vold eller mobbing.

Skamløsheten er spesielt gjenkjennelig i voldshandlinger. For å gjenkjenne egne skammelige voldshandlinger forutsettes en evne til både å identifisere og respektere andres grenser. Jo mer rom som etableres mellom den som utøver vold og voldsofferet, desto enklere blir voldshandlingen. Det er lettere å slippe bomber over et ansiktsløst landskap enn å drepe ansikt til ansikt, for i den andres ansikt lyser noe grunnleggende menneskelig, - om å bli tatt vare på. Det er også lettere å drepe de som dehumaniseres gjennom språk og ideologi (Vetlesen, 2005). Det er imidlertid ikke bare i fysisk vold at skamløsheten finnes. I sosiale medier har «nettrollene» dukket opp, og skammet mennesker med verbale overgrep fordekt bak anonymitet. Når skammeren ikke konfronteres med den andres ansikt kan skamløshet opprettholdes (Vetlesen, 2005).

3.3.2 Skam og skyld

Begrepene skam og skyld blir gjerne benyttet om hverandre (Gilbert et al., 1994). Ifølge Kaufman (1996) kan dette henge sammen med at man har manglet et språk om skam, og heller satt søkelys på skyld. Forskjellen er imidlertid stor; skam blir et problem med ens *væren* (jeg er feil), mens skyld er et problem knyttet til noe en har *gjort* (jeg har gjort noe feil) (Kaufman, 1996, s. 26). Psykolog Helen B. Lewis (1971) var en pioner blant skamforskere. Hun var den første som studerte skam empirisk og i en klinisk setting. Motivasjonen for studien var ønsket om å identifisere faktorer som kunne forklare ineffektiv terapi. Hun fant at erfaringer med skam var til stede under alle samtaler, men da sjelden direkte uttrykt - verken av terapeut eller pasient. Lewis (1971) beskrev derfor skamfølelsen som allestedsværende og samtidig lett å overse. Lewis hadde sitt gjennombrudd med boken *Shame and Guilt in Neurosis* som ble publisert i 1971. Her differensierer hun mellom skam og skyld og hevder at skam og skyld virker helt ulikt i mennesket (Lewis, 1971) Ved skam er selvet det sentrale fokuset for negativ evaluering (for eksempel «se på hvilken forferdelig person jeg er»), mens spesifikk oppførsel er det sentrale fokuset for negativ evaluering i skyld (for eksempel «se på det forferdelige jeg gjorde»). Skam rammer kjernen i en persons identitet, og driver den enkelte til å tenke på seg selv som ubrukelig, uverdigg eller ødelagt. Skyld, derimot, etterlater identiteten intakt ved å rette oppmerksomheten på spesifikk atferd (Lewis, 1971). Hvordan man velger å handle vil også fortone seg ulikt. Skyldfølelse vil drive mennesker mot andre mennesker fordi man vil søke tilgivelse og forsoning. Skam vil heller gjøre at mennesker søker skjul, kretsende rundt seg selv (Lewis, 1971).

Skyld og skam har også særlig opptatt psykologene June P. Tangney og Ronda L. Dearing. I 2002 utgav de boken *Shame and Guilt*. Et av de mest tankevekkende funnene viste at mennesker som føler skam ofte mangler empati i møte med mennesker i nød. Dette kan ifølge Tangney & Dearing (2002) handle om at smerten i skammen er så overveldende at den trekker oppmerksomheten vekk fra den lidende andre og tilbake på seg selv. Fordi skam er knyttet til hvem vi opplever at vi *er*, er erfaringen av skam mer smertefull enn skyld og kan medføre økt utsatthet for psykiske lidelser (Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002). Arbeidene med å skille fruktbart mellom skam og skyld viser hvor ulikt disse følelsene arter seg for mennesker, og peker også på viktigheten av å forstå denne forskjellen i terapeutisk sammenheng.

3.3.3 Psykologiske forståelsesperspektiver på skam

Silvan Tomkins regnes for å være en av de mest innflytelsesrike psykologer i det 20. århundre og er grunnleggeren av affektteorien. Tomkins studerte spedbarns ansiktsuttrykk. Han fant skam som en av ni medfødte basalaffekter, og at skam er å forstå som biologisk reaksjon på blottstillelse (Tomkins, 1963). Tomkins teori skiller seg dermed fra teorier som selvpsykologi (Kohut, 1971) og andre kognitive teorier (Holinger, 2009; Winnicot, 1960) som hevder at barnet evner å tenke før de kan føle skam. Tomkins (1963) viste hvordan skam oppstår som resultat av at en positiv forventning avbrytes - som når glede og kjærlighet ikke blir tatt imot eller gjengjeldt. Da dannes, ifølge Tomkins (1963), såkalte skambasert kjernescript. Dersom et menneske opplever mange slike skamutløsende situasjoner, kan skammen utvides og ta over stadig flere deler av selvet. Dette kaller Tomkins forstørring og forklarer at gjennom en slik forstørringsprosess kan mennesker utvikle den «globale» skammen. Det vil si en skam som rammer hele selvet. Tomkins beveget seg dermed mot en sosial definisjon av skam i boken *Affect, Imagery, Consciousness* (Tomkins 1963). Den største kritikken mot Tomkins studier handler om at han anser skam for å være en affekt, ikke en følelse¹². Dette virker begrensende i forhold til skammens innvirkning på livet, og mange vil anerkjenne at skam også er en følelse (Kohut, 1971; Nussbaum, 2006). Tomkins arbeid har imidlertid vært en svært viktig kilde og et utgangspunkt for senere psykologisk forskning om skam og emosjoner.

Også psykologen Gershen Kaufman skrev banebrytende om skam. Hans to mest

¹² Affekt viser til en persons umiddelbare emosjonelle reaksjon på noe, eksempeplvis at man opplever noe som positivt eller negativt. Emosjon brukes gjerne om en mer omfattende reaksjon der det inngår en bestemt opplevd følelse (for eksempel frykt) for noe man opplever som farlig (kognitiv evaluering) og en bestemt atferd (flukt) (Kennair, 2022).

kjente bøker er *The Psychology of Shame: Theory and Treatment of Shame-Based Syndromes* som først kom ut i 1982, samt boken *Shame: The Power of Caring* som kom i 1992. Tomkins var en inspirator for Kaufman, noe bøkene hans bærer preg av. Kaufman gjør en grundig analyse av fenomenet skam knyttet til utviklingen av menneskets identitet, og presenterer ulike teorier om skam i forhold til psykisk sykdom, kultur og ideologi (Kaufman, 1996). Han knytter skamfølelse til identitet, samvittighet og uverdighet, samt som kilde til lav selvtillit, usikkerhet og selvutslettelse (Kaufman, 1996). Den indre opplevelsen av skam karakteriserer han som sykdom på selvet eller sjelen: «In fact, no other affect is more deeply disturbing. Like a wound made from the inside by an unseen hand, shame disrupts the natural functioning of the self» (Kaufman, 1996, s. 5). Denne vonde opplevelsen av skam har mange adjektiv knyttet til seg: kronisk, patologisk, giftig, nådeløs, internalisert, destruktiv. Med utgangspunkt i Tomkins' (1963) affektteori beskriver Kaufman (1992) internalisert skam som en skam-bundet personlighet eller skambasert identitet. Dersom mangeltilstander i mellommenneskelige forhold varer gjennom barneårene kan barnet utvikle en generell følelse av å være uverdigg og mindreverdigg som vedvarer til voksen alder.

En av de største norske bidragsyterne innen skampsykologi, som også har markert seg internasjonalt, er psykiater og forfatter Finn Skårderud. Han har i flere bøker og artikler satt den kulturelle skammen og skampsykologien på dagsorden. Skårderud hevder at kulturen spiller en stor rolle når det gjelder hva man skammer seg over (2001, 2001a, 2001b). Vår tid fremmer individualisme og hevder eget ansvar for eget liv. Samtidig presenteres vi for ideal gjennom ulike medier, som ofte de færreste av oss kjenner oss hjemme i. Skårderud (2001a, 2001b) er også opptatt av den gode skammen som et relasjonelt forsvarsverk. Skamfølelse meddeler at det ikke er alt som behøver å være synlig for andre og beskytter på den måten intimgrenser og menneskers sårbarhet (Skårderud, 2001a, 2001b). Skårderud er imidlertid mest opptatt av det han kaller den dårlige eller dype skammen, inspirert av Wurmser (1981). Han skriver mye om en skam som er ødeleggende og som tærer på menneskers evne til å fungere i hverdagen - en skam som tar over liv, og som er langt mer enn en akutt forbigående følelse. Skårderud har i flere tekster (2001a, 2001b, 2006, 2007), inkludert en fenomenologisk studie (2001), identifisert skammens uttrykk slik at den kan gjenkjennes i terapirommet. Det er Skårderuds definisjon av skamfølelse som resonnerer best med våre funn: «Den dypeste form for skamopplevelse er å vise seg frem med sin kjærlighet for så å bli avvist. Jeg er ikke elsk-verdigg» (2001, s. 1615); en definisjon som peker på den grunnleggende avhengigheten og menneskets behov for kjærlighet.

3.3.4 Skammens ansikt

Skam blir ofte forbigått eller oversett, noe som kan ha flere årsaker. En viktig grunn er mangel på kunnskap om hvordan skam ytrer seg i klinisk praksis (Lewis, 1971; Skårderud, 2001, 2001a, 2001b; Tagney & Dearing, 2011). Lewis (1971) fant at pasientene tilsynelatende ikke hadde en bevisst erfaring av skamfølelsen, men formidlet skamfølelse på en mer indirekte måte. Nettopp fordi skamuttrykket var indirekte, hadde terapeutene en tendens til å overse pasientens skamuttrykk. Lewis (1971) ble oppmerksom på at depresjon var et uttrykk som ofte skjulte skamfølelsen. Samtidig kan skam også skjule seg bak andre uttrykk og masker (Nathanson, 1992; Tomkins, 1963; Wurmser, 1981). Professor i psykiatri, Leon Wurmser, var inspirert av Lewis og gav i 1981 ut boken *The mask of shame*. Her anerkjenner Wurmser (1981) skam som en følellestilstand som vanskelig lar seg gjenkjenne, både for den som bærer skammen og for den som skal hjelpe. Wurmser (1981) bidrar til å forstå skammens natur ved å forklare hvordan skam maskeres og bindes opp til andre følelsesuttrykk og adferder. Det kan handle om sinne, raseri, misunnelse og forakt. Han skiller mellom tre kategorier skam: skamangst, skamerfaring og sunn skam/respektskam. Skamangst peker på frykten for forakt og vanære for noe vi har gjort eller er. Skamerfaring handler om det man føler når man opplever å bli sett på med forakt og internaliserer det man tror andre ser. Sunn skam derimot beskytter mot vanære gjennom å se seg selv og andre med respekt (Wurmser, 1981).

Det finnes etter hvert flere gode kliniske beskrivelser av uttrykk for skam som kan bidra til gjenkjenning og forståelse i profesjonell praksis. I 1987 gav den amerikanske psykiateren Donald Nathanson ut antologien *The many faces of shame*. Inspirert av Lewis' funn og Tomkins affektteori, identifiserte han ulike uttrykk som han mener har sin opprinnelse i skammen. I 1994 kom boken *Shame and Pride: Affect, sex and the birth of the self*. Her presenteres skamkompasset: fire måter å respondere på skam på som en fortsettelse av Tomkins arbeider om skambaserte script: tilbaketrekning, unngåelse, angrep på en selv og angrep på andre. Uttrykkene er forsvarsstrategier og forkledninger, som har til hensikt å lede den andres oppmerksomhet bort fra skamfølelsen. Felles for strategiene er imidlertid at skamfulle mennesker beveger seg vekk fra tilknytning ved å isolere seg fra smerten ved skam.

1) **Tilbaketrekning:** har å gjøre med at det som regel vil forekomme en midlertidig tilbaketrekning i forbindelse med skam. Ofte er dette en kortvarig og forbigående reaksjon, hvor man ønsker å gjøre seg minst mulig bemerket, unngår blikkontakt og trekker seg unna. Andre følelser som tretthet, angst og uro, utmattethet eller diffus smerte kan tre frem i stedet.

2) Unngåelse: har å gjøre med at man gjør forsøk på å villed og bedra usselheten ved seg selv, og dermed forsøker å opprettholde selvbildet - koste hva det koste vil. Man forsøker å riste skammen av seg og ignorere den. Det kan handle om å unngå alle situasjoner der det finnes muligheter for at skamfølelsen vekkes. Man kan for eksempel fremheve seg selv gjennom perfeksjonisme, løgn og grandiositet (fremstår som verdensmester, eller prøver å vekke beundring, medfølelse, misunnelse eller interesse hos andre), eller praktisere overdreven godhet (sier ja til alt, ikke først og fremst for å vise godhet, men på grunn av anerkjennelsen som følger gjerningen). Skammen kan også føre til at mennesker bygger en mur rundt seg og blir værende der i frykt for å mislykkes. Man plager seg selv med tanker som, «om du bare hadde visst, så hadde du også foraktet meg».

3) Angrep på selvet: har å gjøre med at skamfølelsen gjerne skaper en umiddelbar følelse av å bli utelukket, forlatt eller adskilt fra de andre. Dette innebærer at man har en tendens til å ta enhver negativ respons eller handling innover seg selv og antar at det er en selv det er noe i veien med. Den som rammes vil desperat prøve å bli inkludert. En strategi kan være å opptre ydmykt, underdanig og føyelig. Egenverdet og egne behov nedtones samtidig som man viser overdreven respekt og beundring for den andre. Det handler om å gjøre den andre til lags, og å gjenopprette tilknytningen, mer enn å ivareta seg selv. Ifølge Nathanson (1987) ligger selvforakten tett opp til angrep på selvet. Skam kombinert med aggresjon rettet mot selvet kan føre til at mennesker selvskader seg, benytter rusmidler eller det får uttrykk i form av masochisme.

4) Angrep på andre: dreier seg om å skjule sin egen skam ved å påføre den andre skam. Ens egen selvforakt rettes utover og forvoldes andre, gjerne de som fremstår som enda svakere. Maktstrategier som taushet, tilbaketreking, hemmeligholdelse og skjulte allianser dannes for å gjøre den andre usikker og liten. Motsatt brukes strategier som sarkasme, sinne, hån, kynisme, fordømmelse, ondskap og hovmod med samme hensikt.

Skamkompasset vekker gjenkjennelse i alle fire retninger fra kliniske møter og fra eget liv, har vært til nytte for å navigere i et komplisert landskap og for å skape innganger til interessante perspektiver. Samtidig kan en modell med utvalgte hovedveier sløre til blikket for andre mulige veier. Jeg anser likevel kompasset som en nyttig hjelp i klinisk og forskningsmessig sammenheng for å italesette det som ellers kan synes vanskelig å sette ord på.

Wurmser (1981), Nathanson (1987, 1994) og Kaufman (1992, 1996) har alle bidratt til en forståelse av skam som et omfattende klinisk fenomen med mange uttrykksformer og ikke utelukkende som en spesifikk emosjon.

3.3.5 Blikkets appell

Den franske filosofen Jean-Paul Sartre (1905-1980) tar i sitt hovedverk fra 1943, *Væren og Intet*, for seg menneskets væren i forhold til seg selv, andre, og verden. Tankevekkende i denne sammenhengen er at Sartre knytter blikket fra den Andre direkte til skamfølelsen. Gjennom intersubjektiviteten, eller med andre ord den mellommenneskelige relasjon, konstitueres subjektet. Subjektet kan komme til erkjennelse av seg selv i møte med den andres blikk. Menneskets selvbevissthet er, ifølge Sartre (2018), ikke noe opprinnelig, men noe som blir til i møtet med den andre, og skammen oppstår som en «skam over meg selv overfor den andre» (Sartre 1993, s. 33). Gjennom den andres blikk mister mennesket kontroll over sitt selvbilde. Hva den andre faktisk ser og hvordan den andre ser en, kan en ikke råde over.

Når mennesket blir sett av den andre i ambivalente situasjoner kan den andres blikk objektivere en. I et mye omtalt eksempel fra *Væren og Intet* (2018, s. 355-356) beskriver Sartre en mann som står i en hotellkorridor og kikker gjennom et nøkkelhull på en hendelse som utspiller seg i rommet. Så lenge han er oppslukt av det som utspiller seg i rommet innenfor tenker han ikke «jeg er en som spionerer gjennom et nøkkelhull». Han er prerefleksivt i sin gjerning. Det vil si at i denne situasjonen er mannen forut for å være selvbevisst til stede i det han gjør. Han vurderer følgelig ikke det han gjør ennå, og er i øyeblikket fri fra den andres blikk. Men, så hører han en lyd bak seg som medfører en endring i situasjonen. Han har blitt sett, og han fryser til i skam. Den andres blikk blir gjeldende, og han ser seg selv slik (han tror) den andre ser ham, som en sjalu mann som ydmyker seg selv ved å spionere på en kvinne som foretrekker en annen. Han er underlagt den andres blikk. Grunnleggende sett er skam erfaringen av selve det faktum at jeg er en væren-for-den-andre. Sartre kaller dette «det opprinnelige fallet»- ikke av den grunn at jeg har gjort en feil, men at jeg «har falt inn i verden midt blant tingene og at jeg trenger den Andre som mellommann for å kunne være det jeg er» (1993, s. 34).

Sartre beskriver her altså en værensrelasjon, ikke bare en vitensrelasjon. Han ser dermed skam som noe fundamentalt. Mennesket er avhengig av den andres bedømmelse, og samtidig av tilhørighet og fellesskap. Begge deler er følelser som krever selvrefleksjon og moral (Sartre, 1993, 2018). Den ontologiske skammen handler om det dypt menneskelige, i perspektiv av det grunnvilkår at vi er hjelpeløse, avhengige og overlatt til krefter utenfor oss selv. Bevisstheten om disse naturgitte begrensningene og livets sårbarhet gir opphavet til den ontologiske skammen.

I 1922 foreslo sosiolog Charles H. Cooley at stolthet, så vel som skam oppstår som følge av at man ser seg selv med den andres blick (Scheff & Starrin, 2016). Han mener vi først forestiller oss hvordan vi fremstår for den andre, dernest danner vi en forestilling av hvordan den andre bedømmer det hun eller han ser. Senere har han fått støtte av flere sosiologer, som Thomas Scheff og Suzanne M. Retzinger. De hevder at skam er en undertrykt følelse, usynlig i samfunnet på grunn av dets tabu, og en følelse som truer våre sosiale bånd. Samtidig er det den følelsen som i størst grad regulerer våre hverdagsliv (1991; Scheff, 1987, 2001). En rekke sosiologer (Brown, 2006; Gausel, 2011; Goffman, 1963) anser skam for å være en av de mest vesentlige sosiale følelser, fordi skam i avgjørende grad bestemmer sosiale relasjoners karakter.

Blikket kobles også til sårbarhetsskam som er et begrep hentet fra teolog Jan-Olav Henriksen (Henriksen, 2010). Bakgrunnen er Henriksens opplevde savn av en skam som eksisterer mellom den sedvanlige todelingen vond eller etisk skam, og en skam som problematiserer mellommenneskelige forhold uten å ha sin opprinnelse i traumer eller andre dysfunksjonelle forhold. Sårbarhetsskam handler om hvordan mennesker opplever seg sett (Henriksen, 2010, s. 93).

Også sosiologen Brene Brown (2006) viser til sårbarhetsskam som en allmenn dimensjon. Hun hevder at vi lever i en kultur som gjør oss skamutsatt. Kulturelle føringer som rikdom, skjønnhet og perfektjon bidrar til en skam som erfares og vokser i gapet mellom idealet og virkeligheten. Det blir diskrepans mellom hvordan man ønsker å være og hvordan man oppfattes – fordi man hele tiden har den andres blick rettet mot seg (Brown, 2006).

I 1987 skrev Tomkins om hvordan blikket brukes som forsvarsmekanismer mot egen skam gjennom det han kalte «frozen face», «head-back-look» og «look of contempt» (s. 365). I 2018 introduserte Språkrådet verbalet «blikking»¹³ (Språkrådet, 2021). Tomkins ulike blick og det nye norske verbalet dreier seg om det samme. Å bli «blikket», eller å bli møtt med Tomkins ulike skamforsvar, handler om å holde mennesker utenfor fellesskapet ved å gi et blick på en måte som gjør at vedkommende krymper seg. Øyet tar imot og det utstråler, slik det også blir beskrevet av Olav Duun: «Det subjektive eg kan ikkje sjå meir enn skuggen av seg sjølv. Eller speglbildet av seg i auga på dei andre» (siteret i Gujord, 2007, s. 31).

¹³ Å blikke nokon vil seie å markere at dei er utanfor fellesskapen eller er mindre verdt, ved å sjå stygt på dei. Korkje fenomenet eller ordet er nytt, men blikking som nemning på dette er blitt etablert i norsk først det siste tiåret. Blikking er ei form for mobbing som lett kan bagatelliserast, men som kan vere svært alvorleg for offeret (Sprakradet.no, lest 4. april 2021).

Blikket er en opprinnelig forbindelse til andre mennesker og en mulighet for å påføre eller å lindre skamfølelse.

3.3.6 Sanselig åpenhet gjennom selvrefleksjon

Det er et grunnvilkår ved livet at vi som mennesker er sårbare (Martinsen, 2012). Lindström (2003) og Martinsen (2012) skriver om nødvendigheten av at sykepleiere lærer å kjenne egne sårbare grenser og skam. Ellers risikerer man at sykepleiers eget indre liv blir utgangspunkt for sykepleien snarere enn pasientens perspektiv. Det er altså ikke nok å tenke: hva ville jeg ha følt eller tenkt i denne situasjonen, utfordringen er å være oppmerksom på den andres annerledeshet og ha evne og fantasi til å handle slik situasjonen krever (Martinsen, 2012). Denne åpenheten mot pasienten blir problematisk dersom sykepleier ikke kjenner til hva som kan trigge egen skamfølelse, eller hvilke sårbarheter som kan stå i veien for å møte den andre på en slik måte at hen opprettholder både den andres og egen verdighet. Flere skamforskere presiserer viktigheten av at helsepersonell anerkjenner egen skam for å kunne identifisere skamrelatert mismot hos pasienten. Uten en slik selvreflekterende praksis står helsepersonell i fare for å klandre pasienten for manglende progresjon, eller avviser hen for å unngå egen skam (Brown, 2006; Kaufman, 1996; Landany et al., 2011).

I 2011, 40 år etter at Lewis ble oppmerksom på forbigått skam hos pasienter i terapeutisk arbeid, kom boken *Shame in the Therapy Hour* (Dearing & Tangney, 2011). Antologien gir leseren innsikt og veiledning fra flere terapeutiske perspektiv. For eksempel behandles tema som å kunne gjenkjenne skam hos pasienter, skam knyttet til psykisk sykdom, behandling av skam, og terapeutens egen skam. De understreker at skam innen psykisk helse fremdeles vies oppsiktsvekkende lite oppmerksomhet både i litteraturen, i praksis og ved utdanningsinstitusjoner.

3.4 Skjønnlitteratur og kunst som kilde til kunnskap

Fenomenologiske skildringer gjør det mulig å nærme seg levd erfaring og opplevelse.

Skjønnlitterære tekster bidrar med troverdige skildringer av menneskers indre liv og kan dermed gi en større forståelse av hva for eksempel skam og depresjon er eller kan være (Nussbaum, 2006). En del av skjønnlitteraturens oppgave er å løfte frem det som kan være krevende ved å være menneske, men også gi håp og trøst nettopp fordi man kan oppleve gjenkjenning. Det skjønnlitterære språket og ordene er nærmere levd liv enn det ofte distanserte og betraktende medisinske språket. Nussbaum (2006) hevder at litteratur og kunst også kan lede oss til å lytte og til å utvikle vår fantasi. Som fagpersoner kan vi få en tilgang til andres verden, det åpnes et tankerom og utvide forståelseshorisonen, enten det er skam eller depresjon eller andre livsfenomener. I møte med kunst brukes gjerne ordet estetisk¹⁴. Estetikk knyttes til den sensitive erkjennelsen til forskjell fra den vitenskapelige og intellektuelle.

Flere forfattere fremstiller skam og depresjon på ulike måter gjennom skjønnlitteratur og biografier. Eksempler er Vigdis Hjorth, David Foster Wallace og Peter Øvig. I romanen *Arv og miljø* (Hjort, 2016) har Bergljot (hovedpersonen) opplevd at faren misbrakte henne og vil at søsken og foreldre skal erkjenne det. Bergljot blir beskyldt for å forsøke å ødelegge familien når hun søker aksept for sin historie. I begynnelsen av romanen skildres en situasjon der Bergljot har deltatt på et debattmøte. Etter møtet forteller hun de andre meddebattantene om hytte- og arvestrid og om morens overdose. Denne reaksjonen følger:

Jeg skammet meg mens jeg snakket og skammet meg da jeg så ansiktene til dem som hørte på og skammet meg på veien hjem, over hvordan jeg hadde fortalt om hyttetakster og overdose, barnslig og i fistel, på måter som tilhørte barndommen, den dumme ungdommen, skammet meg gjennom natten, fikk ikke sove for skam over at jeg ikke var voksen, for at jeg ikke kunne fortelle på en moden og avbalansert måte, for at jeg ble et barn igjen. (Hjorth, 2016, s. 21)

Den insisterende måten Hjort beskriver skammen på i dette avsnittet forteller om smerten, hjelpeløsheten og hvor overmannet Bergljot er av sårbarhet.

¹⁴ Ordet estetisk opprinnelige betydning er fornemmelse, sans og følelse (Store norske leksikon, 2021).

I biografien *Infinite Jest* (1996), skrevet av den amerikanske forfatteren David Foster Wallace, får vi innsikt i depresjon og intensiteten denne lidelsen kan føre med seg. Han beskriver en psykisk smertetilstand som virker klaustrofobisk og ugjennomtrengelig:

It is a level of psychic pain wholly incompatible with human life as we know it. It is a sense of radical and thoroughgoing evil not just as a feature but as the essence of conscious existence. It is a sense of poisoning that pervades the self at the self's most elementary levels. It is a nausea of the cells and soul. (s. 695)

Også den danske forfatteren Peter Øvig (2019, s.11) beskriver et voldsomt og mørkt møte med depresjon, både hos sin mor og seg selv i boken *Min mor var besat*:

Jeg har aldrig selv hørt min mor hyle og skrike. Tvært imot har min mors smerte siden min tidligste barndom snarere haft form av en stille implosjon, et sort hul, der truede med at suge alting til seg. Jeg har sett ind i det sorte, når jeg har oplevet mor i den tilstand, og intet har fylt mig med større frygt end forestillingen om at blive hvirvlet ind i mørket og opleve samme dæmoniske rædsel, som hun tydeligvis gjorde.

Når jeg leser, kjenner jeg igjen elementer fra egen erfaring. Jeg aner hvordan skam og depresjon brer seg og virker i kropp og sinn på en annen måte enn når jeg leser medisinsk faglitteratur og teoretiske beskrivelser. Nussbaums (2016, s. 12) argument er nettopp dette, at man som menneske i et samfunn, gjennom beretninger og skjønnlitterært språk, kan utvikle en narrativ forestillingsevne.

Det er en lang tradisjon for å avbilde følelser i kunsten. Men det skambelagte uttrykket har ofte blitt holdt utenfor. Kunsthistoriker Siri Meyer (2021) skriver at skam har i kulturen vært en følelse som ble påført noen som hadde brutt med normen. Slik også Skårderud (2001) hevder har skammen forflyttet seg fra en kollektiv norm til en individuell følelse. Meyer (2021) mener at skam også har vært tabu i kunsten, helt frem til den britiske billedkunstneren Tracy Emin viste frem sengen sin på Tate Gallery (London) i 1998. I denne sengen lå hun i syv sorgfulle dager. Kjæresten hadde gjort det slutt. I løpet av de dagene spiste hun ikke. Hun bare drakk. Lakenet er flekkete av blod og oppkast, sengen er i uorden og fremstår frastøtende og motbydelig. Avfall hopper seg opp på gulvet: brukte kondomer, et askebeger som flyter over, vodkaflasker, truser med menstruasjonsblod og andre kroppsvæsker ligger henslengt. Og midt i dette en liten tøyhund. På den andre siden av

sengen står en koffert, som om hun er klar for flukt (Meyer, 2021). Med denne installasjonen ble hun berømt over natten:



Tracy Emin (1998). *My bed*.

Emin ble nominert til flere priser for kunstverket. Mennesker kom i hopetall for å se, formodentlig fordi publikum kunne koble sine egne smertefulle opplevelser og gjenkjenne skammen i Emins installasjon. Kanskje er dette en av samtidskunstens mest slående skildringer av sårbarhet? Det er et selvportrett som avdekker kaoset i hjertesorg og har gjennom dette kontakt også med depresjon. Det som også er interessant er at sengen både er et sted for fødsel, depressiv isolasjon og død. Dette er en kraftig symbolikk som vi gjenkjenner fra annen litteratur og kunst, blant annet i arbeidene til Edvard Munch. Emins *My bed* gir imidlertid en spesielt feminin vinkling i forhold til andre motiver - hennes arbeid løfter frem og anskueliggjør livets bekymringer som kvinne, samtidig som hun blottlegger det skamfulle og sårbare.

Gjennom studiens empiri og avsnittene om skam og depresjon kommer det tydelig frem hvordan sårbarheten uttrykkes gjennom kropp og ord, men sjelden i et direkte språk. Å lytte til ordenes budskap og å se hva kroppen vil fortelle fordrer derfor et sanselig nærvær. Et slikt nærvær, og et mer humanistisk språk kan utvikles *med* og *i* kunsten. Paterson og Zderad (1976) skriver: «A major therapeutic value of art lies in the fact that it confronts one with reality» (s. 97). Kunnskap er ikke nok, skriver Nussbaum (2016, s. 10). Poesi, kunst og kultur kan bidra til å gi innsikt i eksistensielle og terapeutiske situasjoner vi ellers har liten forutsetning for å forstå, og slik bidra til å utvide våre perspektiver og vår egen livsverden.

4. Vitenskapsteoretisk overbygning

Det følgende kapittelet belyser oppgavens vitenskapelige, filosofiske og epistemologiske forutsetninger. Forskningsparadigmer karakteriseres i forhold til grunnleggende filosofiske spørsmål, som: Hva er virkelighetens natur? (ontologi) og hvordan lærer vi om virkeligheten? (epistemologi) (Polit & Beck, 2008). Denne avhandlingen plasserer seg i den humanistiske tradisjonen, innen et fortolkende paradigme (Mackenzie & Knipe, 2006), og innen den delen av Kims (2000, s. 238) metaparadigme som hun kaller «The situated hermeneutic sphere». Fortolkende tilnærminger har som intensjon forstå mennesket som en helhet der de fysiologiske, eksistensielle, psykologiske, sosiale og kulturelle dimensjonene inngår som likeverdige deler (Kim, 2015; Mackenzie & Knipe, 2006). Dette fordrer en epistemologi og dermed en forskningstilnærming som gir innsikt, som verdsetter, og gir dybdeforståelse for menneskers levde erfaringer (Kim, 2000, s. 239).

Kvalitativ, hermeneutisk fenomenologisk forskning er avhengig av en følsomhet overfor det som trer frem i intervju og i det empiriske datamaterialet, hvilket betyr at man vanligvis ikke kan forberede en detaljert prosjektplan. Valg av metoder må tilpasses studiens hensikt, ikke bare fra begynnelsen, men også til de nye innsikter og formål som kommer til underveis (Dahlberg, 2019). Nye innsikter førte til at vi i denne studien benyttet tre tilnærminger som har bakgrunn i ulike metodologier, men som alle tilhører et fortolkende paradigme. Fremgangsmåten kan klassifiseres som sekvensiell triangulering der resultatene av en metode er grunnleggende for planlegging av neste metode (Morse, 1991, s. 120).

I delstudie 1, GT-studien, presenterer vi en substantiv teori som forklarer hvilke faser mennesker kan gå gjennom i et depresjonsforløp. Skam ble identifisert som et kjernefenomen i erfaringen av depresjon og som et fenomen det var viktig å utforske videre. Klassisk GT er erfaringsbasert og gir oversikt over prosesser og mønstre, og tilstreber å avdekke en teksts egentlige mening og fortolkning gjennom dialog, men er ikke en metode for å gå i dybden på og beskrive kompleksiteten av et fenomen. Dette ønsket vi å gjøre, og i delstudie 2 bestemte vi oss for å utforske skam gjennom en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Det vil i denne sammenhengen si en erfaringsledet fenomenologi. Fordi skam var et gjennomgående tema og rikt beskrevet av deltagerne i det eksisterende empiriske materialet, mente vi at vi legitimt kunne benytte det samme datamateriale i delstudie 2. Både hensikten og metoden var ny i delstudie 2 og det lå til rette for en ny eller sekundær utforskning og analyse av den delen av datamaterialet som omhandlet erfaringer med fenomenet skam.

Ruggiano & Perry (2019, s. 82) definerer sekundæranalyse som «investigations where data collected for a previous study is analyzed – either by the same researcher(s) or different

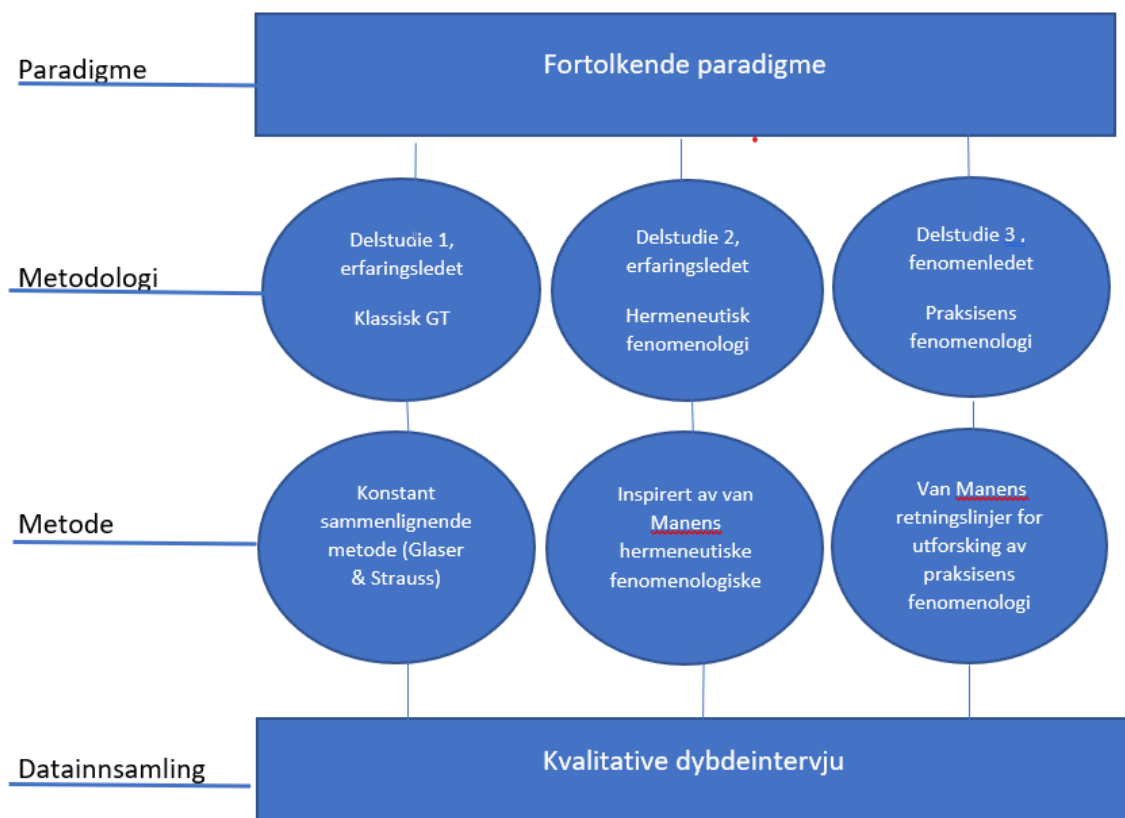
researcher(s) – to explore new questions or use different analysis strategies that were not a part of the primary analysis». Delstudie 2 gir innsikt i hvordan skam kom til uttrykk, kroppslig og verbalt, samt viser hvordan deltagerne i studien strever etter tilhørighet.

Funnene i både delstudie 1 og delstudie 2 synliggjorde betydningen av den andre, fellesskap og relasjon. Disse funnene la grunnlaget for videre utforskning av relasjon i delstudie 3. Vi valgte dermed å gå videre og utforske og analysere det samme datamaterialet¹⁵ fenomenledet og med utgangspunkt i praksisens fenomenologi. Motivasjonen for å trekke på denne metodologien var ønsket om å komme nærmere sentrale og betydningsfulle ontologiske kvaliteter ved pasient-sykepleierrelasjonen. Fra erfaringsledet forskning, beveget vi oss nå mot fenomenledet forskning, og dermed fra en ontisk til en ontologisk tilnærming. Det vil si at vi utforsket relasjonen som fenomen. Det empiriske utgangspunktet for arbeidet var enkelte studiedeltageres beskrivelser av relasjoner til sykepleier innen psykisk helsevern.

Ulike metodologier gir ulik type kunnskap og innsikt. Ifølge Støre Brinchmann (2014, s. 81) kan GT beskrives som å stå på en fjelltopp, med utsikt over et landskap. Små nyanser blir borte, men fjellformasjoner, vann og fjorder er synlige. Den samme naturen kan skildres med rike beskrivelser av detaljer. En fenomenologisk tilnærming studerer lyngens mange fasetter og beskriver med nøyaktighet blader, blomster og røtter. Begge illustrasjoner er like viktige, men gir forskjellig forståelse av samme landskap.

De ulike tilnærmingene i denne studien ble valgt da de ga gode muligheter for å gi et mer mangefasettert bilde av depresjonserfaringen. Med utsikten til depresjonslandskapet, beskrevet i arbeid 1 og 2 som utgangspunkt, kunne vi identifisere element som steg tydelig frem og som vi dermed utforsket nærmere. Skam og betydningen av relasjon var slike tydelige elementer i landskapet. Hensikten med avhandlingen ble således til underveis; først med mål om å få større innsikt i og forståelse for hvordan mennesker erfarer og håndterer det å være deprimert, videre et mål om å øke kunnskapen om hvordan mennesker med depresjonsdiagnose erfarer og uttrykker skamfølelse, og til slutt få økt forståelse for opplevelser av pasient-sykepleier relasjon. Figuren under gir en visuell oversikt over studiens forskningsdesign;

¹⁵ Av samme grunn som i delstudie 2 tenkte vi på analysen av datamateriale i delstudie 3 som en ny eller sekundær analyse. Dette ble ikke kommentert i artiklene fordi vi anså hver studie som selvstendige og dermed som lesbare uten at artikkel en eller to måtte leses først.



Figur 1: Studiens forskningsdesign

I det følgende vil jeg først skrive frem bakgrunnen for valg av metoder, og deretter gjøre rede for metodologiske perspektiv relatert til henholdsvis GT (delstudie 1) og hermeneutisk fenomenologi (delstudie 2 og 3).

4.1 Bakgrunn for valg av metodologi

Det fortolkende paradigmet blir ofte ansett som motsetningen til det positivistiske paradigmet. Innen det helsefaglige feltet trenger vi et epistemologisk mangfold siden sykdom og menneskelig lidelse ikke kan forstås fra et paradigme alene, slik også Kim (2000) argumenterer for. Med bakgrunn i studiens funn, min grunnantagelse og forskningsinteresse, ønsket jeg å studere depresjon, skam og relasjon innen rammene av et paradigme som tilhører en humanvitenskapelig tilnærming, og benytte kvalitative metoder og metodologi som legger vekt på levde erfaringer.

Interessen for klassisk GT kom etter en nordisk konferanse i Bergen i 2012, der metoden var tema. Det var flere interessante aspekt ved metoden. For det første fant jeg vektleggingen av den tydelige induktive inngangen til forskningsfeltet formålstjenlig (Glaser,

1978). Jeg ønsket å forstå mer av hvordan det oppleves å være deprimert samt om skam har betydning for mennesker med depresjon, og ville søke kunnskap om det ved å lytte til pasienters erfaringer. Kravet om en åpen, induktiv tilgang til forskningsfeltet var et egnet utgangspunkt. Klassisk GT blir i hovedsak anbefalt i studier der feltet er relativt utforsket, men GT som metode kan også benyttes for å utfordre eksisterende kunnskap og bane vei for nye erkjennelser (Hjaelmhult, Giske & Satinovic 2014).

For det andre fremstod metodens analyse som hensiktsmessig. Det vil si den konstant sammenlignende metode, som fordrer bevegelse mellom det som undersøkes og det substantivt området (konteksten), mellom deltagerens erfaring og det som undersøkes (her depresjon). Også den transcendentale dimensjonen som skiller klassisk GT fra andre retninger (som konstruktivistisk GT eller Straussian GT), og som fordrer en bevegelse bak det umiddelbare og leter etter forklarende mønstre eller dybdestrukturer, fremstod som et viktig motiv for å komme nærmere eventuelle eksistensielle perspektiver i datamaterialet (Glaser & Strauss, 1967).

I intervjuene var det flere fenomen som viste seg særlig betydningsfulle; mot, utholdenhet, håp og skam. Da skam kom fram som et viktig fenomen for deltakerne i delstudie 1, samt at skam var et fenomen jeg i utgangspunktet ønsket å se nærmere på, falt valget på å utforske denne følelsen videre. På søken etter en metodisk tilgang i retning fenomenologi fant jeg arbeid av van Manen og leste bøkene *Researching lived experience* (1990) og *Phenomenology of practice* (2014). Metodologien og metoden fordret en annen tenkning og analytisk tilnærming enn det jeg hittil var kjent med gjennom GT. Den reflekterende tenkningen, søket etter mening, den estetiske skrivestilen, respekten for levd erfaring og det praksisnære ved metodologien og metoden fremstod som meningsfullt i møtet med det empiriske materialet. Med min bakgrunn og tidligere erfaring var også det hermeneutiske aspektet viktig.

Delstudie 2 var altså tenkt som en studie med en metodologisk tilnærming knyttet til *Praksisens fenomenologi* (van Manen 2014), og ønsket var å utforske skam som fenomenledet og ontologisk. Det vil si å overskride det kontekstuelle og undersøke fenomenets «is-ness» gjennom menneskers pre-reflektive opplevelser (Herholdt-Lomholdt et al., 2022). Denne metodologiske øvelsen var krevende å forstå og gjennomføre. Jeg lot meg fortsatt inspirere av van Manens tenkning og hermeneutiske fenomenologi, men gjennomførte i praksis en erfaringsledet, ontisk utforskning av fenomenet skam. Det vil si at vi fikk kunnskap om hvordan skam erfares av studiens deltagere og hvordan dette fenomenet er virksomt og kommer til uttrykk i deltagerens liv.

Praksisens fenomenologi, fordret en ganske annerledes måte å forholde meg til- og analysere datamaterialet mitt på enn ved bruk av GT som metodologisk tilnærming. Det tok tid å utvikle ny innsikt, og først i arbeid med delstudie 3 tilegnet jeg meg en mer gjennomgripende forståelse av praksisens fenomenologi og herunder hva analyse av datamaterialet innebar innen denne tradisjonen. Nærmere bestemt en bevegelse fra erfaringsledet til fenomenledet forskning.

4.2 Metodologisk perspektiv på klassisk grounded theory

GT ble utviklet av Glaser og Strauss gjennom arbeidet med sin studie *Awareness of dying* (1965), og i 1967 kom metodeboken *The discovery of Grounded Theory*. I senere tid har det vokst frem flere forskjellige retninger innen GT. Mest kjent er Klassisk, Straussian og Konstruktivistisk GT. Jeg anvender klassisk (også kalt «Glaserian») GT som metode i denne avhandlingen.

Det vitenskapsfilosofiske klimaet som preget 1960-årene, da GT ble oppdaget, var i endring. Wiener-kretsen ble oppløst og ideene til de logiske positivistene var ikke lenger enerådende. Denne klimaendringen åpnet for metodepluralisme (Gibson & Hartmann, 2013). Det ble stuerent å utvikle kunnskap på nye og forskjellige måter i ulike disipliner, noe som muliggjorde fremveksten av blant annet GT. Glaser og Strauss befant seg i en kontekst hvor det var et oppbrudd i den tradisjonelle vitenskapsfilosofiske forståelsen. De valgte å ikke plassere sin metode i en bestemt vitenskapsteoretisk ramme, og mente at å sysle med forbindelsen mellom vitenskapsfilosofi og GT var bortkastet tid og energi. «Just do it» var deres mantra og oppfordring i forhold til hvordan den enkelte forsker skulle tenke og handle (Gibson & Hartmann, 2013, s. 17).

Glaser og Strauss var begge anerkjente forskere da GT-metoden ble utviklet. Glaser var påvirket av sosiolog Paul Lazarsfeld ved Columbia University i New York og hans statistiske tilgang til samfunnsvitenskapelige målinger. Strauss var på sin side påvirket av Herbert Georg Blumer ved University of Chicago, og hans tenkning innen symbolsk interaksjonisme (SI) (Blumer, 1969). SI har sin opprinnelse i amerikansk pragmatisme, og hviler på ideen om at vår personlighet, identitet og individualitet utvikles gjennom kommunikasjon. Det vil si språklig symbolutveksling, i samhandling med andre, hvorav betegnelsen symbolsk interaksjonisme (Blumer, 1969). Glaser og Strauss utgjorde altså en faglig sammensetning av SI og statistisk samfunnsteori. Selv om SI ofte har fått status som filosofisk grunnlag for GT, representerer ikke disse tidlige påvirkningene det bærende filosofiske fundament alene. Nathaniel (2014) henviser til Charles Sanders Peirce og hans

tekster om pragmatismen, og hvordan de synes konsistente med klassisk GT. Gibson og Hartman (2013) mener på sin side at Nathaniel pålegger GT pragmatismens tankesett, og at pragmatismen ikke kan forbindes med GT på noen annen måte enn enkelte tilfeldige koblinger.

Ifølge Bryant & Charmaz (2007) og Åge (2011) synes pragmatismen og SI som det mest presise vitenskapsteoretiske fundamentet for både Straussian og Konstruktivistisk GT. Det handler om hvordan spesielt Straussian GT forholder seg til og benytter abduksjon og stringent analysemetodikk, og hvordan Konstruktivistisk GT vektlegger samarbeid og konstruerende interaksjon mellom forsker og deltager. Men, - hvor lander klassisk GT? Klassisk GT står i en litt unik posisjon fordi metoden relaterer til begge de tradisjonelle paradigmatisk oppfatningene (kvantitativ/kvalitativ) (Hartman, 2001). Glaser utelukker ikke kvantitativ analyse av kvalitative data, mens kvalitativ forskning i mindre grad benytter kvantitative data. Glaser og Strauss (1967) skriver:

There is no fundamental clash between the purposes and capacities of qualitative and quantitative methods or data. What clash there is concerns the primacy of emphasis on verification or generation of theory. (s. 17)

Og nettopp ved dette kompromisset, samt de generelle uklarhetene om Glaser og Strauss ståsted, begynner ofte diskusjonen om hvilken ontologisk og epistemologisk posisjon man kan regne GT for å tilhøre. Glaser og Strauss (1967) viser anerkjennelse for en balansering mellom nomotetisk vitenskap som leter etter generaliserbare naturlover og den ideografiske vitenskapen som beskriver særegenheter eller enkeltfenomener. De ønsket å danne en bro mellom disse vitenskapstradisjonene.

I GT utforskes deltagerens levde erfaringer med eksempelvis sykdom og lidelse (Artinian et al., 2009). Ved en induktiv tilnærming til feltet samler man først inn data fra et bestemt utvalg (substantivt utvalg). Gjennom analyseprosessen søker forskeren deltagerens hovedutfordring og hvordan de arbeider for å løse denne utfordringen. Deretter gjør man et nytt utvalg basert på analysen. Man samler inn mer data, gjør ytterligere analyser, videreutvikler teorien og fortsetter å samle data inntil en har utviklet en «grounded theory». Utvalgsstrategien kalles «teoretisk utvalg», der utvalget hele tiden styres av den framvoksende teorien. Datainnsamlingen og analysen påvirker hverandre gjensidig og interaktivt gjennom hele prosessen og foregår inntil en substantiv GT genereres. Arbeidet med analysen kalles for den «konstant sammenlignende metode» (Glaser, 1978; Lomborg,

2005). Forskeren vender tilbake til sine data igjen og igjen, snarere enn til sine egne betraktninger, men uten å utelukke egne ideer og fornemmelser. Ved den konstant sammenlignende metode arbeider forskeren seg mer og mer inn i datamaterialet med den hensikt å utvikle begreper og se sammenhenger som er i materialet. På grunnlag av dette kan teori vokse frem, altså teori grunnet i data. Dette krever «teoretisk sensitivitet» som er et annet viktig begrep i metoden. Forsker må kunne forstå og skille mellom det som er viktig og mindre viktig, samt utvikle innsikt for å gi datamaterialet mening (Glaser 1978; Hjaelmhult et al., 2014). Videre har GT noen helt spesifikke kvalitetskriterier som erstatter de naturvitenskapelig begrepene validitet og reliabilitet. Teorien skal være «fit», ha «grab» (være relevant), «work» og være «modifiable» (Glaser, 1978; Lomborg & Kirkevold, 2003). Dette blir videre utdypet under punkt 7.2, metodologisk drøfting.

Med denne innsikten som bakteppe nærmer jeg meg den ofte oversette, men kritisk viktige dimensjonen i GT; å bevege seg bak det umiddelbare - til det som kan sanses, eller til vår kunnskap om verden, for deretter å lete etter underliggende mønstre som kan forklare det som skjer. Denne transcendentale, ontologiske dimensjonen er ikke uttalt i SI og utelukket i konstruktivistisk tenkning (Alvesson & Sköldbberg, 2017). I jakten på mulige vitenskapsteoretiske forklaringer finner jeg Åge (2011) og Kenny & Fourie (2015) sine perspektiv og tenkning om dette interessant. De mener at det positivistiske paradigmet, slik det er formulert av bl.a. Popper, har noen likheter med klassisk GT og at man der kan spore holdepunktene om GT som positivistisk (Kenny & Fourie, 2015; Åge, 2011). GT og Poppers tenkning om positivisme tar sikte på å identifisere *noe* som ligger i det empiriske feltet og venter på å bli oppdaget, samt å utvikle teorier. Men, til tross for innflytelsen fra den positivistiske tradisjonen, har imidlertid en GT en annen betydning for praksis sammenlignet med teorier som tilskrives den positivistiske forskningstradisjonen. Mer presist refererer GT til utvikling av en substantiv teori som er nyttig for, eller korresponderer med, menneskene i det feltet som blir studert, mens teori i den positivistiske tradisjonen refererer til en «sann» teori som korresponderer med fakta. Disse ulike teoretiske forutsetningene henviser også til en forskjell med hensyn til nøyaktighet. Glaser (1992) demper betydningen av nøyaktighet i GT, fordi metoden forutsetter at teorien kontinuerlig kan modifiseres i samsvar med nye data. Som konsekvens er en GT alltid på vei, og blir følgelig ikke avsluttet. Ifølge Åge (2011) kan denne pragmatiske posisjonen kontrasteres med vektleggingen av objektiv sannhet i den positivistiske tradisjonen. Kenny og Fourie (2015) kaller dette perspektivet på GT myk positivisme, og mener der også er holdepunkter for at Glaser ikke motsetter seg det positivistiske innslaget i GT. Antagelsen stammer fra at Glaser i artikkelen, *Constructivist*

Grounded Theory? (2002b), tydelig kritiserer Charmaz' konstruktivistiske paradigme og hennes tolking av GT, mens han avstår fra å bestride hennes klassifisering av klassisk GT som implisitt positivistisk. Denne tilbakeholdenheten kan, ifølge Kenny og Fourie (2015), tolkes som et tegn på samtykke. Det Glaser imidlertid motsetter seg er GT som en symbolsk interaksjonsmetode og han beskriver senere SI som et slags påtvunget filosofisk fundament: «In some quarters of research, grounded theory is considered qualitative, symbolic interaction research. It is a kind of take-over that makes routine qualitative research sound good» (Glaser 1999, s. 842; Glaser & Holton, 2004; Kenny & Fourie, 2015). Glasers avvisning av SI markerer igjen at klassisk GT fraviker Strauss' og Charmaz' mer definerte vitenskapsteoretiske posisjon, og spesielt Strauss' betydelige innflytelse ved å veve SI inn i GT metodikken.

Ut fra denne diskusjonen kan man anta at GT har noen konnotasjoner i retning det positivistiske og det pragmatiske paradigmet. Som Glaser (1999) selv beskriver; «Let me be clear. Grounded theory is a general method. It can be used on any data or combination of data. It was developed partially by me with quantitative data» (s. 842). Fordi Glaser vektlegger det generelle ved GT, samt at GT i hovedsak har beveget seg mot kvalitativ forskning og bruk av kvalitativt datamateriale, er spørsmålet hvilken tenkning innenfor det kvalitative paradigme som gir gjenklang i GT. Flere hevder at det er likhetstrekk mellom klassisk GT og den hermeneutiske tradisjonen (Annells, 1999, 2006; Baker et al. 1992; Wilson and Hutchinson, 1991; Åge, 2011). For eksempel tilstreber begge tilnærmingene å avdekke tekstens egentlige mening og fortolkning gjennom dialog, og viser til at begreper skal abstraheres (konseptualiseres). Datasamling skjer i en dialogisk forskningsprosess, en samtale med spørsmål og svar. Både i klassisk GT og i Gadamer's (1985) hermeneutiske forståelse vektlegges åpenhet for datamaterialets annerledeshet, for det uforutsette, for hva det er teksten egentlig vil si, og hva som kan være det bakenforliggende. Sagt med Glaser (1999): «.... what is really going on in data?» (s. 844). Vider arbeider GT-forskere ut fra et substantivt område, eller det man innen Gadamer's hermeneutikk kan omtale som en situasjon som gir begrenset utsikt. Den horisonten som blir synlig, er den man ser fra sitt ståsted. Samtidig er mennesker innvevd i en historie og en kontekst som gir en forforståelse. Forforståelsen betinger forståelse, og bidrar til å utvide horisonten gjennom bevegelse mellom helhet og del. Denne bevegelsen finner vi igjen i GT i den konstant sammenlignende metode der vi i analysen beveger oss mellom det som undersøkes og det substantive området (konteksten), og mellom deltagerens forforståelse og det som undersøkes (skam og depresjon). Helhet og deler blir forstått på bakgrunn av hverandre. I den hermeneutiske

tradisjonen er også forskersens forforståelse vesentlig, og ikke minst å la seg overraske og utfordres på sin forforståelse (Gadamer, 2010). Hermeneutisk bevissthet handler om å la seg belære av nye erfaringer. Ikke på en måte som utsletter seg selv, men ved at forforståelsen heller inngår i en samtale, der horisonter som formodentlig eksisterer for seg selv smelter sammen (Gadamer, 2010). Hermeneutisk bevissthet har felles trekk med det Glaser og Strauss (1967) beskriver som teoretisk sensitivitet. De har heller ingen krav om forsker som en «tabula rasa», men ønsker derimot at forskeren deltar i utvikling av data. Forskeren verken kan eller skal annullere seg selv i forhold til deltagelse;

[...] one should deliberately cultivate such reflections on personal experiences. Generally, we suppress them, or give them the status of mere opinions rather than looking at them as springboards to systematic theorizing. (Glaser og Strauss, 1967, s. 252)

GT kan altså ikke være objektiv, men Glaser henviser til metoden som et redskap for å minimere forskerens innflytelse i datasamlingen og i analysen.

Generating a theory from data means that most hypotheses and concepts not only come from the data but are systematically worked out in relation to the data during the course of research. (Glaser og Strauss, 1967, s. 6)

Hypotesebegrepet kan mistolkes i GT. Det har ingenting til felles med Poppers falsifikasjonsprinsipp eller testbare hypoteser, hvor teoribygningen skiftes ut ved en enkelt sanseobservasjon. Det er heller en bestrebelse som går ut på å gi mening til, og forsøke å forstå betydningsstrukturer. GT har likevel likhetstrekk med positivistisk vitenskapeliggjøring fordi argumentasjonen i GT følger faste metodiske regler. Samtidig har analysen i GT også enkelte fellestrekk med Gadamers hermeneutiske sirkel og vekselvirkningen mellom del og helhet. I GT-analysen, *konstant sammenlignende metode*, går man hele tiden tilbake til datamaterialet for å undersøke at teorien man utvikler bygger på data, og prøver slik ut forståelser og forutinntattheter mot det som viser seg i data.

Det kommer frem av denne diskusjonen at klassisk GT har tilknytning til filosofiske posisjoner som understreker betydningen av forståelse, abstraksjon og praktisk nytte. Man kan også spore logisk positivism i klassisk GT, men denne skiller seg på to avgjørende måter; 1) utviklingen av GT korresponderer med mennesker, kontekst eller det som utforskes

i et substantivt område heller enn objektive fakta, og 2) teorien er alltid modifiserbar og vil ikke være så nøyaktig og klart formulert at den kan falsifiseres. Glaser er tydelig på at han ikke vil binde GT til ett vitenskapsteoretisk ståsted (Glaser 1999; Glaser & Holton, 2004). Mulighetene for tolkning er derfor til stede, og flere sammenhenger og forståelser kan argumenteres for. Min argumentasjon tar utgangspunkt i ulike tekster, både av Glaser selv og andre forskere og filosofer som viser hvordan GT kan speiles i ulike vitenskapsteoretisk ståsteder, og som muliggjør klassisk GT som «a general method» (Glaser, 1999, s. 842).

I 2. og 3. delstudie valgte jeg å benytte en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming; en metodologi og analytisk tilnærming som innebærer epistemologiske brytninger i forhold til GT. Det neste avsnittet vil gi en introduksjon til den metodologiske bakgrunnen for hermeneutisk- og praksisens fenomenologi.

4.3 Metodologisk perspektiv på hermeneutisk fenomenologisk tilnærming og praksisens fenomenologi

Den fenomenologiske bevegelsen ble grunnlagt tidlig på 1900-tallet av filosofen Edmund Husserl (1859-1938), og er videreført og videreutviklet blant annet av hans elev filosofen Martin Heidegger (1889-1976) og en rekke andre filosofer. Senere har flere ulike fenomenologiske retninger vokst frem, de fleste filosofisk orientert og begrunnet, men også noen metodologisk orientert og begrunnet. I dag er særlig to hovedretninger toneangivende innenfor den metodologiske fenomenologiske tilnærmingen. De er beskrivende (eidetisk) fenomenologi og en fortolkende (hermeneutisk) fenomenologi (van Manen, 2014, s. 90, s. 211). Disse er også to av retningene som er mest relevante for profesjonell praksis. Et mangfold av metodiske og filosofiske tilnærminger karakteriserer det fenomenologiske landskapet i dag (Sævi, 2019), men et viktig skille går mellom den filosofisk rettede fenomenologien som utøves av fagfilosofer, og den metodologisk rettede fenomenologien som i hovedsak utøves av profesjonelle innen ulike disipliner og fag, deriblant sykepleie.

van Manen representerer den såkalte Utrechtskolen, hvis fenomenologer var særlig kjent for den evokative skrivestilen og orienteringen mot den subjektive opplevelsen som primær, i kontrast til en teoretisk eller begrepsmessig tilgang til forskning. Representanter for Utrechtskolen, for eksempel psykiater og professor Jan Hendrik van den Berg (1914 – 2012) og psykolog og professor F. J. J. Buytendijk (1997-1974) var orientert henholdsvis mot psykoterapi og antropologisk psykologi. Utrechtskolefenomenologene arbeidet ikke eksplisitt metodologisk og metodisk, men viser i praksis hvordan fenomenologi i særlig grad er kvalitetsmessig avhengig av tekstuelle kvaliteter (Henriksson & Sævi, 2009). van Manen har i bøkene *Researching Lived Experience* (1997) og *Phenomenology of Practice* (2014) samt i

en rekke artikler (for eksempel van Manen 1979, 1989, 1997, 2006), gitt metodisk og metodologisk tilgang til Utrechtskole-fenomenologien. Den metodiske tilnærmingen er oversatt til norsk som «Praksisens fenomenologi» (Sævi, 2019, s. 319).

Delstudie 2 og 3 er forankret i en hermeneutisk (fortolkende) fenomenologisk tenkning og forståelse, men studiene har ulik hensikt og bygger på ulike metodiske tilnærminger. Dette forklares med utgangspunkt i den ontologiske differens som erfaringsledet og fenomenledet forskning (se punkt 1.1.2) (Herholdt-Lomholdt et al., 2022). Likevel er det grunnleggende trekk ved de to vitenskapsteoretiske perspektivene som er viktige å avklare og som har konsekvenser for forskningsprosessen.

Fenomenologi orienterer seg mot studier av det som trer frem eller viser seg for oss (van Manen, 2014). Det var Husserls (1913/2009) filosofiske ideer om hvordan vitenskap skal gjennomføres som ga opphav til den beskrivende fenomenologiske tilnærmingen, hvor hans fokus var rettet mot bevissthet eller intensjonelle meningsstrukturer. Han betraktet reduksjon som den grunnleggende filosofiske metoden, som skulle eliminere all forutinntatthet eller forforståelse som kunne stå i veien for å mest mulig objektivt kunne se «the things themselves» (Kakkori, 2009, s. 20). Reduksjonen skulle sette «the existence of the world between brackets» (Kakkori, 2009, s. 21). «Bracketing» handler med andre ord om å parantes-sette forforståelsen, og det som måtte komme i veien, - for å få tak i opplevelsen (van Manen, 2014, s. 215). Heidegger beveget seg videre fra Husserls tenkning og hevdet at den fenomenologiske reduksjonen eller bracketing er umulig på grunn av vår ufravikelige være-i-verden. Han vendte fenomenologien i en ontologisk retning, mot den pre-reflektive livsverdenen (van Manen, 2014). Det er Heideggers værestenkning hans elev, Hans Georg Gadamer, har som utgangspunkt for sin hermeneutikk. I Gadamers hermeneutikk er forforståelsen et allmennmenneskelig vilkår, ikke en metode eller del av forskningsprosessen (Delmar, 2019). Dette allmennmenneskelige vilkår bringes imidlertid inn i forskningssammenheng som fortolkingsviten, fordi mennesker er vevd inn i en gitt verden, med en historie og fortid, samtidig forholder mennesker seg til sin fremtid, og til omverdenen i nåtid. Forståelse skjer altså på grunnlag av en bestemt forforståelse og det er våre personlige og historiske erfaringer som ligger til grunn for våre tolkninger, eller «are conditioning our interpretations» (Gallagher, 1992 s. 91; Sævi, 2021). Gadamer (2010) anvender begrepet horisont om denne forforståelsen - en synsmåte som omfatter alt hva man kan se fra et bestemt punkt. Men, mennesker er ikke bundet til dette punktet. Horisontgrenseflaten er bevegelig (Delmar, 2019, s. 151). Horisontsammensmelting skjer, ikke ved at fortolker eller forsker forlater sin egen horisont, men ved å flytte grenseflatene for å prøve egen

forforståelse i møte med og i dialog med den andre. Gadamer (2010) knytter dermed begrepet «verstehen» ikke kun til at en person forstår noe, men at en person kommer frem til en forståelse av noe sammen med en annen (Johansson, 2016). Med andre ord kan man si at den hermeneutiske tilnærmingen også har et tydelig og nødvendig relasjonelt aspekt ved seg.

Forforståelsen er, ifølge Gadamer (2010), en mulighetsbetingelse for forståelse og ikke noe vi verken kan eller skal unngå. Hermeneutikken er altså ikke ute etter en opprinnelig eller universell forståelse av et fenomen «the things themselves», men å utvide forståelsen som er i stadig endring i møte med nye erfaringer. Eller som Kakkori (2009, s. 25) beskriver: «Hermeneutics is concerned with the understanding and interpretation of our being in the world, and how different ways of being in the world are connected to our understanding of things». Den hermeneutiske forståelsen står således i en kontrast til den fenomenologiske reduksjon der prinsippet er midlertidig å forsøke å sette til side forforståelser, og undersøke fenomenet så åpent og grundig som mulig på dets egne betingelser.

Med dette som bakteppe synes de to vitenskapsteoretiske retningene, hermeneutikk og fenomenologi å stå i et visst spenningsforhold til hverandre. Det er imidlertid viktig ikke å fremstille de to tradisjonene uforholdsmessig polariserende, og vektlegge forskjeller fremfor fellestrekk, sammenheng og muligheter. van Manen er en fenomenologisk tenker etter Heidegger og Gadamer, og beskriver praksisens fenomenologi som en hermeneutisk fenomenologi (van Manen, 2014). Praksisens fenomenologi er et eksempel på en tenkning som, i Gadamers ånd, ser på beskrivelse og fortolkning som to tilnærminger som ikke kan skilles fra hverandre og dermed virker sammen i enhver forskningspraksis (Gadamer 1986). Det vil si at han, som Heidegger (1994) og Gadamer (2010), erkjenner at man ikke kun med sin refleksjon og bevissthet kan skue rett inn i hjertet eller kjernen av tingene, men at vi som mennesker kan nærme oss «saken eller fenomenet i seg selv» ved at våre teoretiske fordommer eller forforståelser settes på spill slik at de ikke lenger fremstår som sannheter for oss (Hansen, 2022, s. 67).

4.3.1 Forskning knyttet til fenomenet

Overgangen fra delstudie 1 og 2 som erfaringsledede studier og til studie 3 som er et fenomenledet studie er redegjort for på s. 65 og de foregående sidene. I dette avsnittet vil jeg forsøke å vise hva fenomenledet forskning er. De fenomenologisk - metodologiske termene epoche og reduksjon er, som redegjort for tidligere i dette kapittelet, nært sammenvevd, og hører med til en systematisk undersøkelse av ulike aspekt ved et fenomen. Epoche dreier seg om ikke å bedømme for fort, men derimot å dvele ved og gi noe tid til å vise seg. Epoche har

derfor nær sammenheng med bracketing, og er en forutsetning for reduksjon (Sævi, 2019, s. 331). Selve begrepet kan imidlertid fremstå misvisende. Det handler ikke om å redusere noe (abstrahere, kode, forkorte). Det er ingen teknisk prosedyre, regel eller strategi som skal anvendes på fenomenet som studeres, men derimot det motsatte; en åpenhet for fenomenet i opplevelsen slik den var (van Manen, 2014, s. 217-218).¹⁶ Epoche og reduksjon handler om midlertidig å legge til side forforståelser for å komme nærmere fenomenets grunnleggende mening, og dermed åpne for en mer direkte og konkret kontakt med fenomenet vi utforsker. Denne bestrebelsen er mer en fenomenologisk holdning enn en metode, og reduksjon kan ha flere nivåer og ta ulike former avhengig av fenomenet en undersøker (Sævi, 2019).

Pre-reflektive opplevelser har en særskilt betydning innenfor praksisens fenomenologi. En pre-reflektiv opplevelse er intuitiv og en «her-og-nå» opplevelse av et fenomen. Det er en opplevelse slik den er i «virkeligheten» før den er reflektert over og gjennomtenkt. Å utforske pre-reflektive opplevelser er, ifølge van Manen (1997), et spørsmål om å komme i mer direkte kontakt med verden slik den oppleves før den blir tenkt og reflektert. Gjennom utforsking av opplevelser kan vi komme nær det «noe» (fenomenet), som opplevelsen er i berøring med. Det betyr at en undersøkelse av pre-reflektive opplevelser ikke er en undersøkelse av opplevelsen som subjektiv i seg selv, men en undersøkelse av det fenomenet som opplevelsen er eller kan være et eksempel på. Dette er det jeg tidligere har kalt fenomenledet utforsking. van Manen (1997) beskriver dette som å forsøke å utforske fenomenet for å identifisere det han kaller invariable kvaliteter ved fenomenet. Invariable eller invariante kvaliteter ved et fenomen er de kvalitetene som fenomenet er alene om, og som gjør et fenomen til det det *er*. Ethvert fenomen i verden har sine spesifikke kvaliteter som skiller dette fenomenet fra andre fenomen. For eksempel er et bord forskjellig fra en stol ved at det er noen karakteristika som *bare* tilhører bordet eller *bare* tilhører stolen. Dette utelukker ikke at det er gråsoner der vi lurere på om dette er et bord eller en stol. For å beskrive hva et fenomens invariable eller invariante kvaliteter er siterer van Manen (2014) Heidegger: «We try to see what this isness of the phenomenon is, and how this isness is what it is and not anything else» (van Manen 2014, s. 27). Fenomenologisk forskning har altså som mål å undersøke fenomenet slik det fremstår i seg selv (i sin *is-ness*).

Forforståelser og antagelser preger måten vi ser på og forstår fenomener som omgir oss. I vår vanlige omgang med fenomen (som for eksempel redskaper eller begreper) tar vi

¹⁶ Se avsnitt 5.4.3 for nærmere beskrivelse av epoche og reduksjon.

gjørne for gitt at vi forstår et fenomen fordi vi forstår bruken eller funksjonen til fenomenet, eller fordi vi har teoretisk kunnskap eller erfaring med det. Dette kaller Sokolowski (2000) en naturlig omgang med verdens fenomener, og det er vår naturlige måte å være i verden på: at vi tar verden og verdens fenomener for gitt. En fenomenolog vil imidlertid spørre seg hva det hverdagslige fenomenet han eller hun har foran seg virkelig er. Dette er starten på å utvikle en fenomenologisk holdning til det fenomenet en utforsker. Poenget er altså ikke at vi kan eller skal forsøke å kvitte oss med forforståelser, teori og antakelser, men at vi bevisst legger det vi allerede vet til side, igjen og igjen, for å se på fenomenet med åpne og nye øyne og forsøker å se fenomenet slik det fremstår i seg selv. Dette innebærer at vi aldri fullt og helt kan «gripe» et fenomen slik det er i sin fulle «is-ness». Der er alltid en uutsigelig merbetydning i fenomenet, men at vi streber mot å forstå noen av de kvalitetene som gjør dette fenomenet til det det er og som skiller det fra andre liknende fenomener. Tilgangen til fenomener har vi i vårt møte med verden og alt det som finnes der. Dette møtet er alltid opplevd og subjektivt av natur. Vår subjektive opplevelse av fenomenet er dermed vår første tilgang til et hvert fenomen, enten dette fenomenet er en konkret ting, en handling, en tanke eller mer komplekse forhold. Utfordringen er å identifisere fenomenet og forsøke å holde fast på en orientering mot dette fenomenet, slik at utforskningen kan bli det Husserl kaller «rigorous» (Husserl, 2012). For Husserl er fenomenologi en rigorøs forskningspraksis fordi denne tilnærmingen utforsker måten kunnskap blir til på, og forsøker å klargjøre de antakelser som menneskelig forståelse er bygget på.

For å reetablere kontakt med det opprinnelige i opplevelsen, tar man i praksisens fenomenologi utgangspunkt i detaljerte og eksakte beskrivelser av situasjoner der fenomenet på en eller annen måte kanskje finnes eller kommer til et uttrykk. Det man søker å gripe er de opprinnelige øyeblikkene, et nå som er forbi, det pre-reflektive som har vært (Saevi, 2005), og grunnen til denne måten er arbeide på er at man aldri kan se en opplevelse mens den oppleves. I det øyeblikket en opplevelse oppleves er man i opplevelsen. Man må derfor gjenoppleve et øyeblikk ved å tenke tilbake på det, og da er øyeblikket som var pre-reflektivt blitt reflektivt i det vi tenker på det. Opplevelsen av det pre-reflektive øyeblikket har noe paradoksal ved seg, ved at man bare kan bli klar over den umiddelbare opplevelsen etter at den har funnet sted, altså retrospektivt.

For å få en faktisk og konkret tilgang til fenomenet låner praksisens fenomenologi empiriske metoder fra kvalitativ metodologi (for eksempel intervju og observasjon), men også fra kilder som poesi, litteratur, film eller andre kunstformer. Da hvert fenomen er unikt og for komplekst til at en som menneske og forsker kan få fullt grep om det, kan ikke

forskeren være bundet til et strengt metodisk opplegg i tradisjonell forstand. van Manen (2014) skriver:

Phenomenology does not let itself be seductively reduced to a methodical scheme or an interpretive set of procedures. Indeed, relying on procedural schemas, simplified inquiry models, or a series of descriptive-interpretive steps will unwittingly undermine the inclination for the practitioner of phenomenology to deepen himself or herself. (s. 22)

Praksisens fenomenologi skiller seg fra andre fenomenologisk metodologiske tilnærminger ved den særlige orienteringen mot språk og språklige virkemidler. De filologiske virkemidlene, som både har skjønnlitterære kvaliteter og er vitenskapelig forankret, har til hensikt å snakke så konkret, direkte og presist om et fenomen at leseren kan se for seg aspekt ved fenomenet slik det oppleves. Språket vi anvender i en fenomenologisk studie er derfor mer hverdagslig og nært opplevelsen enn det som kanskje er vanlig i forskning. Fenomenet er orienteringspunktet på en slik måte at teori og filosofi også orienterer seg mot å støtte forståelsen av fenomenet, og fremtrer på den måten som sekundært i forskningsprosessen. Fenomenet, slik det ser ut og uttrykker seg i virkeligheten kommer først og tenkning om denne virkeligheten følger etterpå. Tilgang og språk er altså ikke først teoretisk ved at en utforsker fenomenet teoretisk, altså for eksempel forklarer fenomenet eller presenterer allmenne tenkemåter om fenomenet. Fenomenet utforskes i lys av hvordan det fremtrer i konkrete livssituasjoner og forståelsen kultiveres deretter gjennom aktuell tekning og filosofi. Det vil si at en fenomenologisk tekst har som hensikt å gi leseren muligheten til å oppleve undring, vitalitet, dybde, sammenheng og refleksjon gjennom å lese teksten (Sævi, 2019, s. 322).

5. Forskningsprosessen

Forskningsprosessen utgår fra metodologien, eller som Creswell (2014) beskriver: «a basic set of beliefs that guide action» (s. 6). De forskningsmessige antagelsene, enten de er implisitte eller eksplisitte, legger føringer for valgene man gjør som forsker gjennom alle fasene i forskningsprosessen.

Selv om vi i denne avhandlingen benytter tre ulike metodologiske tilnærminger, har de felles trekk som danner en innbyrdes sammenheng. Et fellestrekk er et fortolkende eller hermeneutisk anliggende som er grunnlag for, og preger de tre delstudiene og kappen. Det er samtidig en vesensforskjell mellom tilnærmingene som bunner i den ontologiske differens. Når forskningen er erfaringsledet, som i delstudie 1 og 2, er formålet å innkretse hvordan en gruppe mennesker erfarer et fenomen, i dette tilfellet depresjon og skam. Når forskningen er fenomenledet, som i delstudie 3, betraktes erfaringene som eksempler på, og åpninger ut mot et fenomen. Denne avhandlingen som helhet står dermed i en mellomposisjon, eller i et spenningsfelt, ettersom begge forståelser hører med og er i berøring med hverandre, men hvor det metodologiske hvilepunktet er ulikt i de tre delstudiene.

Avhandlingen er situert i et fortolkende paradigme og trekker dermed særlig på elementer fra hermeneutikken. Det er sentralt, både i GT og i et fenomenologisk perspektiv, at dersom man som forsker forsøker å forstå den andres levde erfaringer eller gjennomlevde opplevelser, kreves en kritisk og refleksiv holdning til egen forforståelse¹⁷. Samtidig lever vi i en alltid forutgående forståelse, et forståelsesutkast, der erfaring allerede har kommet til (Delmar, 2019, s. 150). Å forske bør dermed inkludere en bevissthet rundt det subjektive elementet i forskning, og å utforske sin egen forforståelse som en del av forskningsprosjektet. Gadamer (1960/1985) peker på at å møte dialogisk det jeg ikke forstår, det som er fremmed og uforståelig, er å sette mine fordommer og personlige forforståelser på spill. En gjensidig forståelsesprosess eller horisontsammensmelting, vil først settes i gang dersom forsker er oppmerksom på saken, på innholdet eller erfaringen som den andre bringer på banen. Denne oppmerksomheten er ikke en metode, men noe som oppstår når forsker stiller seg åpen og sensitiv overfor forskningsfeltet, men samtidig refleksivt rettet mot egne fordommer og forforståelser. Men, skriver Delmar (2019, s. 151) «for å stille sig sådan an må sagen være vedkommende, forsker skal brænde for emnet – det er den første betingelse». De fenomen som studeres i denne avhandlingen var jeg oppmerksom på i forkant. Jeg anså dem som

¹⁷ Det GT benevner teoretisk sensitivitet (Glaser, 1978).

vesentlige og betydningsfulle fenomen å utforske. Forforståelsen min var dermed også en mulighetsbetingelse for at denne studien i det hele tatt skulle finne sted.

Paradokset i den fortolkende tilnærmingen er at forskers innflytelse er nødvendig for å skaffe adgang til kunnskap, men samtidig utgjør denne innflytelsen en risiko for å fordreie eller farge innsikten (Angel, 2019, s. 84). Forforståelse kan altså virke begrensende, men kan også være åpnende og muliggjørende i møte med fenomener. Van Manen (1990) understreker at en fenomenologisk beskrivelse alltid kun er én fortolkning, som ikke utelukker andre komplementære fortolkninger.

Hermeneutikk og fenomenologi kan synes lite samstemt på et vitenskapsteoretisk nivå med tanke på den fortolkende tilnærmingen kontra den fenomenologiske, beskrivende tilnærmingen med epoche og reduksjon. Gadamer (1986) antyder også et skille mellom beskrivelse (fenomenologisk) og fortolkning (hermeneutisk); Beskrivelse er når teksten i seg selv sier noe bestemt, at den taler for seg selv, og dermed «is pointing to something» (s. 68). En fortolkning ligger under eller bak hendelsens og tekstens overflate, og trenger å løftes frem for å bli forstått «point out the meaning of something» (Gadamer, 1986, s. 68). Med andre ord «hva viser seg her?» (beskrivelse) og «hva forstår du det som?» (tolkning). Men, slik jeg forstår Gadamer, er det en gradforskjell heller enn en vesensforskjell mellom beskrivelser og fortolkninger. Beskrivelser er også fortolkninger (Gadamer, 1986, s. 68). Ved denne måten å tenke på, som altså Gadamer presenterer, nærmer fenomenologi og hermeneutikk seg hverandre. I metodisk sammenheng kan det å trekke på elementer fra begge tradisjoner være hensiktsmessig (van Manen, 1994).

Min forforståelse har hatt innflytelse på forskningsprosessen. Samtidig har jeg hele tiden vært i dialog med veilederne mine og andre (fag)personer for å prøve egen forforståelse og tolkning i møte med datamaterialet. Gjennom dette kapittelet vil jeg vise hva jeg har gjort og tenkt, og hvordan jeg sammen med veilederne har tolket og analysert datamaterialet fra tre ulike metodologiske perspektiver med den hensikt å oppnå en mer helhetlig forståelse.

Hermeneutisk tenkning fanger opp det kontekstsensitive og det situasjonsbestemte, og tar høyde for at en forståelse nettopp er én forståelse, som ikke trenger å utelukke andre forståelser (Gadamer, 2010; Glaser, 1978). I denne studien har ikke intensjonen vært å komme frem til en fullstendig forståelse, det er umulig, men å vise noe av kompleksiteten i erfaringene og fenomenene som er under utforskning.

5.1 Forskningsdesign

Avhandlingen har et utforskende, beskrivende og fortolkende design, og er basert på individuelle intervjuer utført i to kommuner i Sør-Norge. Deltagerne var på intervjutidspunktet diagnostisert med moderat depresjon eller hadde vært gjennom en depresjon. 13 av deltagerne fikk poliklinisk behandling eller var innlagt på Distriktpsikiatriske senter (DPS). Fem av deltagerne var erfaringskonsulenter. Vi utførte tre delstudier, med tre ulike forskningsspørsmål og tre ulike kvalitative tilnæringer for å få innsikt i levd erfaring av depresjon og skam, og i pasienters opplevelse av relasjon til helsepersonell. Alle tre delstudiene hadde utgangspunkt i det samme datamaterialet.

I delstudie 1 benyttet vi GT og undersøkte hvordan mennesker erfarer og håndterer depresjon (Glaser & Strauss, 1967). Deltagerne fortalte om skam som en særlig betydningsfull følelse, hvilket åpnet for at jeg kunne spørre om erfaringer av skam i samme intervju. I delstudie 2 benyttet vi samme datamateriale, men utforsket deltagerens erfaringer med skam inspirert av van Manens (1997, 2006, 2014) hermeneutiske fenomenologi. Funn fra både delstudie 1 og 2 peker på betydningen av den andre, relasjon og fellesskap. Vi ble interessert i hvordan deltagerne omtalte relasjon til helsepersonell i intervjuene og valgte i delstudie 3 å utforske deres opplevelse av relasjon til sykepleier. Empiriske eksempler fra samme datamaterialet som delstudie 1 og 2 ble benyttet. Delstudie 3 ble gjennomført i tråd med praksisens fenomenologi (van Manen, 1997, 2006, 2014). I kapittel 7.2, metodediskusjon, vil jeg begrunne studiens utvalg.

Tabell 1 gir en oversikt over delstudiene med forskningsspørsmål, data, utvalg og analyse:

Tabell 1. Oversikt over delstudie 1, 2 og 3

	Delstudie 1 (Artikkel 1)	Delstudie 2 (Artikkel 2)	Delstudie 3 (Artikkel 3)
Forsknings-spørsmål	Hvordan erfarer og håndterer mennesker depresjon?	På hvilke måter kommer erfaringer med skam til uttrykk hos mennesker med moderat depresjon?	Hvordan opplever mennesker med depresjon relasjon til sykepleier?
Metode for innsamling av data	Kvalitative semistrukturerte intervju	Kvalitative semistrukturerte intervju	Kvalitative semistrukturerte intervju
Utvalg (18)	13 mennesker diagnostisert med moderat depresjon, 5 erfaringskonsulenter	Samme datamaterialet som i delstudie 1	Samme datamaterialet som i delstudie 1 og 2
Metoder for analyse av data	Konstant sammenlignende metode, Klassisk GT	Inspirert av van Manens hermeneutiske fenomenologi	van Manens retningslinjer for utforskning, praksisens fenomenologi

5.1.1 Utvalg

Studiens forskningsarena var to ulike Distriktpsykiatriske senter (DPS) i Sør-Norge. Ved nært samarbeid med ulike enheter v/DPSene og etter godkjenning fra direktør og avdelingsledere, ble det kartlagt om døgnpasienter, pasienter i poliklinikk eller dagavdeling fylte kriteriene for deltagelse i studien. Kriteriene var følgende:

- Er minimum 18 år
- Forstår og snakker norsk
- Har depresjon som primærdiagnose og er moderat¹⁸ deprimert på intervju tidspunktet
- Er samtykkekompetent og ønsker å delta i studien

I forkant av intervjuene deltok jeg på ledermøter og personalmøter ved aktuelle DPS. Her informerte jeg om studien, bakgrunn, hensikt og inklusjonskriterier og besvarte eventuelle spørsmål. Jeg fikk inntrykk av at personalet både hadde interesse for studien, og at de var velvillige med tanke på å rekruttere deltagere. Deltagere som oppfylte inklusjonskriteriene, ble utvalgt av ansvarlig behandler. Dersom pasienten selv var åpen for deltagelse i studien ble jeg invitert inn på timen for å gi muntlig og skriftlig informasjon og eventuelt avtale intervju tidspunkt og sted. Under utvelgelsesperioden hadde jeg fortløpende kontakt med behandlere ved de ulike avdelingene, men uten at jeg deltok i eller hadde direkte innflytelse på denne prosessen. Jeg hadde ikke tilgang til deltagerens journaler, hvilket jeg heller ikke ba om.

Intervjuene ble gjennomført i tidsperioden fra mai 2015 til november 2016 og hvert intervju varte mellom 60 og 120 minutter. Jeg hadde aldri mer enn ett intervju om dagen og satte av god tid til hvert intervju. Ved ett tilfelle intervjuet jeg samme deltager to ganger fordi hen selv ba om det. Hen ønsket muligheten til å tenke over første intervju og å ha muligheten til å forklare noe nærmere. Intervjuene fant sted på DPS eller hjemme hos deltager. Valget om å gjøre intervjuene på DPS eller hjemme ble avgjort etter den innledende samtalen med den enkelte deltager. Alle fikk på denne måten ønske seg et sted der de følte seg trygge, og som samtidig var praktisk for dem. Det var tilrettelagt slik at vi fikk snakke uforstyrret. Jeg var fleksibel med tanke på dag og tidspunkt.

Vi var usikre på hvor mange deltagere som var nødvendig for metning¹⁹ (Artinian et al., 2009; Kvale, 1997). Etter å ha gjennomført fem-seks intervju begynte jeg å kjenne igjen

¹⁸ Score mellom 20-29 på Beck Depression Inventory II (BDI II) eller sumscore mellom 20-34 på Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) indikerer moderat depresjon. Ansvarlig behandler scorete den enkelte deltager psykometrisk.

¹⁹ Metning viser til om forskeren subjektivt opplever at flere samtaler sannsynligvis ikke vil gi nye dimensjoner i forståelsen av fenomenet som er under utforsking (Artinian et al., 2009).

noen tema i samtalene. Jeg ønsket likevel å invitere noen flere, og etter 13 intervju var jeg klar for neste analytiske steg i GT; det såkalte *teoretiske utvalget*. Det teoretiske utvalget velges utfra den informasjonen som kommer frem i analysen, samt de begreper og ideer som utvikles underveis (Glaser, 1978). Det teoretiske utvalget ønsket jeg skulle være personer som hadde vært gjennom en depresjon, og som dermed kunne kommentere de foreløpige funnene, analysen og teorien som var under utvikling. Det teoretiske utvalget ble intervjuet på lik linje med de andre deltagerne, men ble underveis i intervjuet også presentert (muntlig) for mine antagelser om foreløpige funn. Jeg tok direkte kontakt med en erfaringskonsulent²⁰ ved ett DPS, som også satte meg i kontakt med fire andre erfaringskonsulenter ved to andre DPS. Disse fem erfaringskonsulentene hadde alle gjennomlevd en depresjon og utgjorde studiens teoretiske utvalg. Til sammen ble dermed 18 deltagere, 8 menn og 10 kvinner, inkludert i studien. Alle som ble spurt om å delta svarte ja (ingen var motvillig til å delta i studien), og alle deltagere møtte til avtalte intervju.

Se Tabell 2 for beskrivelse av deltagerne (deltagerne valgte selv sitt fiktive navn som ID):

Tabell 2. Beskrivelse av deltagerne

ID	Kjønn	Aldersgruppe	Sivilstand	Medisiner	Behandling
Ola	M	40-50	Skilt/enslig	Anti depressiva	Poliklinisk behandling
Kari	K	60-70	Enke/enslig	Anti depressiva	Innlagt døgnavdeling
Marit	K	40-50	Skilt/enslig	Anti depressiva	Poliklinisk behandling
Vanessa	K	15-20	Enslig	Anti depressiva	Innlagt Døgnavdeling
Kåre	M	60-70	Gift	Anti depressiva	Poliklinisk behandling
Per	M	20-30	Enslig	Anti depressiva	Dagavdeling
Bård	M	40-50	Gift	Anti depressiva	Innlagt døgnavdeling
Amelie	K	40-50	Samboer	Nei	Dagavdeling

²⁰ En erfaringskonsulent er en person som er ansatt i en velferdstjeneste på bakgrunn av sin egenerfaring som bruker eller pasient. Erfaringskonsulentene er aller mest utbredt innenfor psykisk helse- og rusfeltet i Norge, men også andre deler av velferdstjenestene begynner å få øynene opp for viktigheten av at mennesker med egenerfaring selv arbeider i tjenestene. I Norge er det ansatt erfaringskonsulenter i kommunale tjenester, i NAV, på akuttposter innenfor psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten og i institusjoner for personer med avhengighetsproblematikk (Erfaringsssentrum, 2022).

Hege	K	40-50	Enslig	Anti depressiva	Poliklinisk behandling
Ellinor	K	30-40	Enslig	Anti depressiva	Poliklinisk behandling
Annemor	K	60-70	Enke/enslig	Anti psykotika	Poliklinisk behandling
Christian	M	50-60	Gift	Anti depressiva	Poliklinisk behandling
Anders	M	30-40	Gift	Anti depressiva	Poliklinisk behandling
Svein	M	50-60	Gift	Nei	Nei
Eva	K	50-60	Skilt/enslig	Anti psykotika	Nei
Karen	K	40-50	Gift	Nei	Nei
Arne	M	30-40	Enslig	Anti psykotika	Poliklinisk behandling
Trond	M	40-50	Samboer	Nei	Nei

Deltagerne varierte i alder og utdanning. I intervjuene kom det frem at seksten av atten deltagere var godt kjent med skamfølelse lenge før de ble diagnostisert med depresjon. For to av deltagerne ble skamfølelse tydelig først når de fikk konstatert en psykisk lidelse. For andre ble diagnosen en tilleggsskam. Årsaker til depresjon og opplevelse av depresjonen var svært varierende. Dette gjorde analysearbeidet utfordrende, men innebar også en styrke ifølge Glaser og Strauss (1967): «Diversity in a sample contributes to a richer theory and a fuller understanding of the processes being explored» (s. 56). Som forsker hadde jeg ingen informasjon om deltagerne før første møte, kun at de oppfylte studiens inklusjonskriterier.

5.2 Ethiske overveielser

Som i alle mellommenneskelige relasjoner har også relasjonen mellom studiens deltagere og meg selv som forsker vært preget av fenomener som tillit, sårbarhet og makt. Den ontologiske grunnantagelsen som bærer studiens overordnede perspektiv, bærer også forskningsrelasjonen; at vi som mennesker har ansvar for hverandre, eller som Løgstrup (2010) skriver: «vi har aldri med et annet menneske å gjøre uten at vi holder noe av dette menneskets liv i vår hånd» (s. 25). Det siktes til en grunnleggende betingelse som er til stede i alle menneskers liv, og som derfor like fullt dreier seg om det ansvaret forskeren har i forhold til de menneskene som lar ham eller henne ta del i sine liv.

Ethiske overveielser viser også til et mangfold av verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet.

Prosjektbeskrivelsen ble sendt til Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) for vurdering og ble godkjent 10.02.2015 etter enkelte endringer i informasjonsskrivet på bakgrunn av et par anmerkninger (2014/1919) (se vedlegg 1). Den særlige forskningsinteressen for skam ble lagt frem i søknad til REK og vi ble anmodet om å være tydelig på at skam også ville være tema i intervju i informasjonsskriv til mulige deltagere.

Ledelsen ved aktuelle DPS vurderte og ga tillatelse til studien. Kvalitativ forskning er preget av moralske og etiske temaer og problemstillinger. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er det særlig fire etiske punkter som må drøftes før et forskningsintervju: informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser (forsvarlighetsperspektivet) og forskerens rolle. I neste avsnitt vil jeg kort utdype disse fire punktene med utgangspunkt i denne studien.

5.2.1 Informert samtykke og konfidensialitet

Deltagerne som var under behandling på DPS ble rekruttert av ansvarlig behandler. I forkant av intervjuet møtte jeg aktuelle deltagere sammen med behandler for å gjennomgå informasjonsskriv og informert samtykke (se vedlegg 2), samt avklare eventuelle spørsmål. I dette møtet fikk deltagerne kjennskap til studiens hensikt, hvordan materialet skulle bearbeides, i hvilken form det videre var tenkt publisert, taushetsplikt og kontaktopplysninger. Informasjonen ble gitt uten ledende språklige virkemidler (eks «jeg vil bli glad om du...»). Jeg informerte også om hvordan deres historier kom til å arbeides med etter intervjuene, med andre ord hvordan analyseprosess og min tolkning kom til å prege fremstillingen av resultater. Erfaringskonsulentene, det vil si *det teoretiske utvalget*, ble kontaktet av meg. Alle fem som ble forespurt ønsket å delta. Innledningsvis fikk erfaringskonsulentene samme informasjon og mulighet for betenkningstid som de andre deltagerne.

Både i det innledende møtet og under intervjuene ble det påpekt flere ganger at deltagelse var basert på frivillighet, og at man kunne trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt under forskningsprosjektet, samt at alle data ville bli slettet dersom man ønsket å trekke seg (Friis & Vaglum, 1999; Ruyter, 2003). Deltagerne fikk med seg informasjonsskriv og informert samtykkeskriv hjem, hvilket ga dem ytterligere anledning til å vurdere om de ønsket å delta. Jeg opplevde at dette innledende møtet skapte trygghet og tillit, og kanskje også bidro til at alle inviterte deltagere møtte til intervjuet. Alle deltagerne fikk tilbud om oppfølgende samtaler med sin behandler i etterkant av intervjuet. Ingen deltagere har trukket seg fra studien.

For å bevare anonymiteten fikk deltagerne (selvvalgte) fiktive navn. Identiteten deres forekommer ikke i de utskrevne intervjuene eller på lydfiler. Alle lydfiler ble slettet etter at analyse i delstudie 2 var ferdig. Samtykkeerklæringene oppbevares i en safe på min arbeidsplass og slettes ved studiens slutt. Intervjuene er aidentifisert og lagret på privat PC med brukernavn og passord. REK har godkjent at aidentifiserte intervju kan oppbevares videre. Der finnes ingen koblingsnøkkel som kan identifisere deltagerne. I august søkte vi om forlengelse av prosjektet da ferdigstilling av studien har krevd mer tid enn forventet. REK godkjente søknaden (se vedlegg 3).

5.2.2 Forskerrolle og forsvarlighet

Et forskningsintervju er alltid asymmetrisk med tanke på maktforholdet (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuet er i sin natur en samtale hvor hovedhensikten er å sørge for empiri. Intervjueren velger tema, stiller spørsmål og besitter kontrollen underveis i samtalen. Samtidig kommer man ofte tett på deltagerne i en intervjusituasjon. Sårbare tema kan dukke opp og gi emosjonelle reaksjoner. Dette krever høy grad av sensitivitet og kyndighet fra forskerens side (Kvale & Brinkmann, 2009). Studiedeltagere viser stor tillit til forsker og må kunne stole på at tilliten ikke misbrukes. Samtidig kan ikke forsker bli så omtrentlig og forståelsesfull at det blir vanskelig å spørre om sårbare tema, og dermed mister tilgang til viktig empiri (Fog, 1992).

Temaet skam har kraft i seg til å vekke ubehagelige og vonde minner eller følelser. I intervjuene var jeg særlig oppmerksom på min tilnærming til deltagerne, og at spørsmålene ble stilt på en forsiktig, utprøvende måte. Samtidig fulgte jeg nøye med på deltagerens reaksjon på det jeg spurte om (Ruyter, 2003). Retten til privatliv og respekten for personlig integritet var styrende ved utarbeiding intervjuguiden, samt i den enkelte intervjusituasjon. Fog (1994) kaller det kvalitative forskningsintervju en trojansk hest som gir oss adgang bak den andres grenser. En sak er hva man sier, en annen sak er hva man sier bak ordene og det nonverbale. I intervjusituasjon betyr dette en balanse mellom å se, lytte og ta på alvor, og samtidig ikke bevege seg for dypt inn i det vanskelige og sårbare. Denne balansen er krevende, og noe jeg opplevde som et stort ansvar og en kontinuerlig utfordring i flere av intervjuene. Ved ett spesielt tilfelle opplevde jeg denne etiske grensen som særlig tydelig. I etterkant av intervjuet skrev jeg ned opplevelsen som kan bidra til økt forståelse for noe av det som stod på spill:

Det har vært stille en stund. Øynene hans hviler på meg, men det er ikke meg han egentlig betrakter. Det er mer som om han veksler i tanken mellom å være til stede her og nå og samtidig et annet sted. Det er andre gang vi møtes. Han er tryggere på meg, og jeg på ham. Kanskje det gjør at jeg tåler stillheten bedre. Tåler å vente. Han kommer etter hvert med noen små sukk, noen prøvende formuleringer. Kroppen beveger seg litt mer. Han løfter hånden et par ganger. Finner en ny posisjon i stolen. Øynene hans viker fortsatt ikke fra meg. Men nå ser han på meg. Til stede i situasjonen. «Eh...» han prøver: «... det er ting som har blitt holdt skjult og som jeg ikke har fortalt...noe jeg har fortrenget i 30 år» Jeg avventer fortsatt, men begynner å kjenne på uro. Hva er det han vil fortelle? Er det meg som skal få ta del i dette? Har det betydning for skam? Trenger jeg denne fortellingen i den empiriske samlingen? Stillheten gir meg tid til å tenke. Dette kan jeg ikke ta imot, fordi jeg ikke kan følge historien videre. Så, jeg velger å stoppe ham.

van Manen (1997) hevder at mennesker gjennom å fortelle kan finne en måte å komme til forsoning med eget liv, fordi historien kan være en kanal for følelser og et middel for å uttrykke kroppslige kriser. Fog (1994) og Kvale (1997) beskriver på lignende vis hvordan intervjuet kan virke terapeutisk og skape ny innsikt og mening. Jeg vet ikke hva det skjulte og usagte handlet om for denne deltageren, og det finnes en mulighet for at han gjennom å fortelle kunne oppleve det som forsonende eller terapeutisk, men jeg tror likevel det var rett å ikke la han åpne opp. Jeg ante at det var for stort og smertefullt til å sies i dette møtet. Der oppstod en etisk skam, en form for bluferdighet som uttrykk for en grense som ikke skulle overtredes. Det handlet om forskerrollen, om tid og rom.

5.3 Datasamling og gjennomføring av dybdeintervju

Gadamer (1985) hevder at «a genuine conversation is never the one that we wanted to conduct» (s. 401). Snarere beskriver han en genuin samtale som noe vi 'faller inn i' eller blir involvert i, en hendelse med en egen 'ånd' som vi mer blir ledet av, enn å lede. Resultatet av å ta del i en slik samtale er «that it allows something to emerge, which henceforth exists» (s. 401). Som kvalitativ forsker er det dette «noe» en ofte ønsker skal tre frem. Samtidig er det behov for å få svar på forskningsspørsmålene. Intervjuene krever altså en balansegang. På den ene siden innebærer det å 'falle inn i' en genuin samtale, og la samtalsens 'ånd' ta ledelsen. På den andre siden innebærer det å følge kompasset, slik at samtalen ikke føres på avveie. I både GT og fenomenologiske tilnærminger legger man som forsker opp til en intervjusituasjon der man i hovedsak ønsker å få frem deltagerens levde erfaringer/opplevelser og i forholdsvis liten grad styres av en intervjuguide. Som novise i forskningsverden var det likevel en trygghet å ha en intervjuguide som gav samtalen en retning (vedlegg 4). Jeg lærte intervjuguiden utenat, men intervjuene tok ofte en vei som syntes viktigere å følge enn forhåndsbestemte spørsmål. Jeg lot meg altså lede av samtalsens ånd, kanskje mer enn jeg fulgte kompasset. I ettertid synes det som en riktig beslutning.

Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert fortløpende av meg. Glaser anbefaler ikke å benytte båndopptager da han mener dette forsinker forskerens evne til abstraksjon og begrepsliggjøring (Glaser, 1978). For min del, som forsker, var det vesentlig å sikre at jeg ikke mistet viktig informasjon. Jeg valgte en detaljert transkripsjonsmetode der jeg skrev ordrett, med dialekt, småord, pust, pauser, gråt og latter. Å transkribere materialet selv var viktig. Det gav meg grundig kjennskap til datamaterialet og jeg ble godt kjent med egne styrker og svakheter i intervjuene. Som et eksempel oppdaget jeg at selv om jeg innledende hadde en åpen tilnærming til temaene, trakk jeg til tider for tidlige konklusjoner basert på deltakerens første svar, og fulgte opp med lukkede spørsmål. Denne erkjennelsen var nyttig i de påfølgende intervjuene.

Umiddelbart etter hvert intervju skrev jeg memo om non-verbal kommunikasjon, opplevd stemning og refleksjoner rundt situasjoner som berørte meg, som var spesielt krevende eller som jeg fant særlig betydningsfullt i intervjuet. Jeg valgte å ikke notere under intervjuene fordi jeg ønsket å ha øyekontakt og å være oppmerksomt rettet mot den enkelte deltager hele tiden, verbalt og nonverbalt, og at vedkommende ikke skulle trenge å undres over hva jeg skrev. Situasjonen var sårbar for deltagerne i utgangspunktet, og jeg kunne merke at det også skjerpet meg i møtet.

Følgende notat, som ble skrevet i etterkant av et intervju, kan gi en ledetråd til nerven i flere av samtalene:

Han begynner plutselig å svette. Små perler viser seg i hårfestet. Hendene er urolige, stryker mot hverandre, dreier, som om han skulle såpe dem inn. Rødmen brer seg sakte oppover halsen. Hele kroppen trekker seg sammen. Han blir mindre. Blikket flakker rundt i rommet og kommer til å treffe mitt blikk flere ganger. Sårheten i øynene taler «kommer du til å tåle»? Ordene kommer usortert, stotrende og med lange mellomrom. Dette er ubehagelig. Hans ubehag vekker mitt. Jeg strever med å la ham stå i det, vil helst prøve å få det til å forsvinne. Men må vise at det er mulig å ta imot det som kommer. At hans ubehag ikke rokker ved min trygghet. At det som blir fortalt kan tåles. Å forsøke å forstå. Det er første gang han forteller om sin skam.

Det har undret meg mange ganger at mennesker var villige til å dele sin skam med meg, en ukjent forsker, i vårt andre møte. Hvorfor skulle de det, når de ikke hadde åpnet seg om skammen for terapeuter de hadde hatt gjennom flere år? Selv om det stod i informasjonsbrevet at studien handlet om depresjon og skam var det få som tok opp skamfølelsen. Som regel var det jeg som spurte, et godt stykke inn i intervjuene, om noe av det de kjente på, hadde opplevd eller gjort kunne knyttes til skam. Stemmen og kroppen endret seg når skammen kom i tale. Flere deltagerer hvisket frem ordene, mange endret kroppsstilling, så ned og noen reiste seg og begynte å vandre. Men, når jeg først kom inn på det virket det som om deltagerne pustet lettet ut. Som om de hadde ventet på det, *endelig*, der ble det uevnelige nevnt. Det var som om pusten gav gjensvar, de tok et dypere åndedrag – pustet friere og dypere. Samtidig senket skuldrene seg og grepet om armlenene på stolen løsnet, knokene fikk normal farge. Jeg tolket denne endringen i pust og væren som om at deltagerne opplevde helt konkret at det var ok å snakke om skammen. En tolkning som flere kunne bekrefte i etterkant av intervjuene. En deltager sa at hun nå endelig forstod og hadde fått satt ord på den indre uroen og ubehaget hun kjente på. En annen deltager fortalte om ny personlig innsikt og erkjennelse. Antakelig kom forkunnskapene jeg hadde om skam, både fra teori og fra klinisk arbeid, til nytte her. Jeg hadde en viss trygghet i at det er mulig å fortelle om skammen og samtidig ha egenverdet i behold, kanskje til og med føle en viss lettelse. Men, det krevde av meg å tåle, lytte, se, spørre etter og anerkjenne. Samtidig måtte jeg være oppmerksom på egen forforståelse og utholde å bli oppmerksom på min egen

sårbarhet. I intervjuene var det avgjørende at jeg hadde arbeidet med og var klar over min egen skam for ikke å viljeløst krenke eller stenge for deltagerens åpenhet og tillit. Fordi jeg var oppmerksomt rettet mot skamfølelsen i intervjuene, kan det være at jeg var mindre sensitiv overfor andre tema som dukket opp. Jeg var bevisst denne muligheten, og stilte utdypende spørsmål ved det jeg trodde jeg forstod, som for eksempel: Hva mener du nå? Kan du fortelle mer? Jo...jeg tror kanskje jeg forstår, men kan du likevel si noe mer om det? Kan du fortelle om en lignende situasjon, som den du fortalte om nå? Som Dahlberg (2019, s. 46) beskriver: «istället för att bestämma att det er «det her» vi ser och förstår, så infogar vi en undran, ställer frågor och försöker bli så säkra som möjligt i vår förståelse». Ved å lytte til det transkriberte materialet ble jeg også oppmerksom på (feil)tolkning av meningsinnhold i intervjusituasjonen og viktige utsagn som jeg der og da ikke la merke til og som jeg kanskje skulle forfulgt. Etter hvert ble imidlertid forskerrollen mer naturlig for meg. Det var på mange måter frigjørende å (så godt det lot seg gjøre) være til stede med en forskers undrende og reflekterende holdning, og slippe tak i terapeutiske betraktninger og behandlingsansvar, og å være åpent undersøkende.

5.4 Analyse

Den hermeneutiske forståelsen gir viktig innsikt, også i analysen av datamaterialet. Gadamer (2010) presenterer ingen analysemetode, men inviterer forsker til å åpne opp forståelseshorizonten sin for nye perspektiver som kan finnes i empirien og dermed la nye forståelseshorisonter komme til. Til dette kan de ulike metodene som anvendes i denne avhandlingen tjene som verktøy, gitt en erkjennelse av deres hermeneutiske natur; all vitenskap og tilegnelse av kunnskap er avhengig av forskers egne vurderinger og tolkninger, ellers kunne ikke studien verken planlegges, gjennomføres eller fremstilles (Gadamer, 2010). Vitenskapelig tolkning er også, uansett metode, knyttet til refleksjon, systematikk og kontroll. I det følgende kapitlet beskriver jeg avhandlingens tre ulike analytiske tilnærminger.

5.4.1 Delstudie 1

I delstudie 1 var hensikten å utforske hvordan mennesker erfarer og håndterer depresjon. I GT analyseres datamaterialet fortløpende. Analyseprosessen kalles konstant sammenlignende metode. Data kodes, kategoriseres og begrepsliggjøres og de første små tanker om mulige sammenhenger, tolkninger og ideer, noteres fortløpende i memo. Fordi jeg ikke tidligere har anvendt GT brukte jeg mye tid på omveier som å stadig vende tilbake til rådata og åpen koding fordi jeg ikke klarte å gjenkjenne mønstre og forstå hva datamaterialet handlet om.

Dette bidro til å gjøre meg godt kjent med dataene mine og i analyseprosessen videre.

Hovedveileder jobbet tett sammen med meg gjennom analyseprosessen.

Substantiv koding

Den første delen av analyseprosessen kalles substantiv koding. I denne innledende fasen ble de transkriberte tekstene lest flere ganger samtidig som jeg lyttet gjennom båndopptakene.

Dette hjalp meg til å leve meg inn i deltagerens fortellinger og dermed bevare åpenheten til det de formidlet. Åpenhet er et nøkkelbegrep i GT er en utfordring når en forsker i eget felt.

Den åpne kodingen ble derfor et spennende prosjekt i erkjennelse av at jeg ikke visste hva som foregikk i data. Utsagn for utsagn ble kodet manuelt på papiret (kjøkkenbordsmetoden).

Deltagerens alder varierte fra 18-65, de hadde ulike måter å være til stede på, ulike uttryksmåter og ulike måter å forstå situasjonen sin på. Disse ulikhetene var ikke overraskende i seg selv, men det gjorde sortering av datamaterialet uventet krevende. Den enkeltes kontekst og karakter påvirket hvilke strategier de valgte når de ordla seg, og fordi de var på ulike «steder» i depresjonsforløpet ble mulige mønstre i datamaterialet utfordrende å identifisere. Noen grunnleggende spørsmål fungerte som retningslinjer i denne første analysefasen i henhold til Glasers (1978, s. 57-61) anbefalinger: «What does my data material express? What are the codes about? Which category indicates this incident? What's really going on in my data?» Spørsmålene åpnet for hva dataene kunne handle om og skjerpet samtidig den teoretiske sensitiviteten.

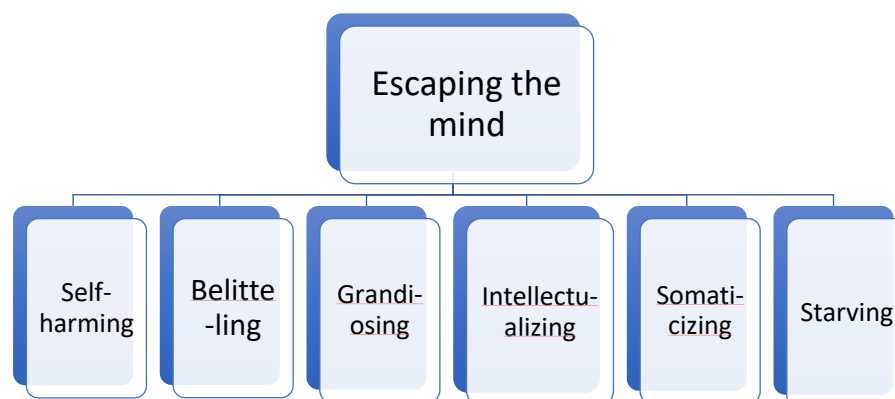
GT søker å forstå konteksten ved å dele den i interne- og eksterne forhold, såkalte 'conditions'. Dette kan virke som et kunstig skille, siden forholdene åpenbart er avhengige av hverandre, men det er likevel en hjelp til sortering i analysen. Indre forhold kan dreie seg om for eksempel ensomhetssmerte, sorg, skyld, angst, håpløshet, og ytre forhold kan omhandle forhold hos arbeidsgiver, NAV, økonomi, livssyn og relasjoner. Samtidig så vi etter strategier knyttet til de enkeltes kontekst, eller indre og ytre forhold, som at deltagerne valgte å isolere seg, jobbe mye, overspise eller selvskade seg.

Etter hvert intervju sammenlignet veileder og jeg de ulike forholdene og strategiene. Koder ble sammenlignet med tanke på forskjeller og likheter, og etter hvert kunne vi navngi kategorier ved å abstrahere innholdet til begreper som rommet mer, se figur 1. Datamaterialet gav stadig nye innspill og ny kunnskap og krevde åpenhet når det gjelder å endre navn på kategorier og slette andre.

Figur 2: En kategori blir til. Escaping the mind blir kategori i første fase Ungraspable processing.

Phases	Purpose	Results
1. Substantive coding	Generate substantive codes and categories and their dimensions	Stops eating. Being angry. Speaking sensible and sophisticated to hide from and take control of the existential pain. Feeling lonely and sad
a) Open coding		
b) Selective coding	Select codes related to the core category. Only relevant codes.	Starving and intellectualizing to hide from and take control over the existential pain
2. Theoretical coding	Conceptualize how the substantive categories relate to each other	Taking control over and hiding from existential pain by escaping the mind

Etter hvert kom flere strategier til som kunne fortelle noe om strategier for å unngå den eksistensielle smerten.



Selektiv koding

Vi begynte etter hvert å se konturene av et mønster og forstod at det handlet om en prosess. Vi kunne også ane en felles hovedutfordring. Det var en krevende øvelse og bearbeiding der vi underveis prøvde ut flere formuleringer ved å hele tiden bevege oss frem og tilbake i materialet. Her var det en styrke å ha utført transkripsjonene selv. I overgangen mellom åpen og selektiv koding var det viktig å skrive memo. Jeg benyttet memo også til å skrive frem forforståelsen min og til å videre, gjennom forskningsprosessen, være kritisk reflekterende til mitt «forståelsesutkast» (Delmar, 2019, s.150).

Vi skjønnte etter hvert at det var snakk om faser, men var usikre på når første fase begynte og når den gikk over i ny fase. I hver fase presenterte deltagerne en ambivalens i forhold til nærhet og avstand. Ensomheten var størst i første fase, skammen størst i andre fase. Men, ønsket om tilhørighet eller lengselen etter den andre var uansett til stede. Etter

mange runder fant vi hovedutfordringen; *Longing for belonging*, og analysen gikk over i selektiv koding. Vi begynte å se etter sammenhenger eller fellesnevner mellom kategoriene og stiller spørsmålet: hva gjør deltagerne for å løse hovedutfordringen? Målet med dette var å identifisere kjernekategori (Glaser & Strauss, 1967). Vi begynte å få fornemmelsen av hva det kunne handle om og lette etter begrep som kunne være dekkende. I GT ser vi etter forhold og strategier, og hvordan kategoriene relaterer til hverandre. Gjennom konstant å sammenligne datamaterialet og de ulike kategoriene oppdaget vi at deltagerne stadig utviste mot ved å våge sårbarhet i møte med andre, og ved dette vågestykket skjedde det en bevegelse. Samtidig så vi at enkelte andre fenomen (eksistensialer) i tillegg til mot, fulgte prosessen og fasene; håp, utholdenhet og skam.

Ulike tanker og forslag ble prøvd mot det empiriske materialet og til slutt fant vi frem til en kjernekategori som passet; *Risking existence*. *Risking existence* betegner både prosessen og kjernekategori. I den selektive kodingen avgrenses arbeidet med koding til data som kan relatere til kjernekategori.

Memo

Å skrive memo er en nødvendig del av forskningsprosessen og det å utvikle en GT. Mens intervju, koding og analyse pågikk skrev jeg frem jeg forforståelse, antagelser, ideer, tanker og refleksjoner. Memoene ble etter hvert teoretiske utkast som utgjorde en viktig del av analysearbeidet. Glaser (1978, s. 83) beskriver det slik: «Memos are the theorizing write-up of ideas about codes and their relationships as they strike the analyst while coding».

Memoene hjalp også til åpenhet ettersom jeg der beskrev hvordan jeg forstod materialet og hvorfor jeg kom til å forstå det på den måten. Dette innebar en kritisk selvrefleksjon som blant annet avslørte forforståelse og forutinntatthet.

Når kjernekategori (*Risking existence*) var identifisert begynte jeg sorteringen av memoene. Å sortere memoene opplevdes som en reise i egen forskningsprosess og i datamaterialet. De første små tankene om hva det hele handlet om så jeg at stemte ganske godt med teorien som til slutt vokste frem. Dette sorteringsarbeidet gav meg en fyldigere forståelse av datamaterialet. Eksistensielle aspekter kom tydeligere frem samt ideer til sammenhenger, og nye og mer dekkende navn på kategorier

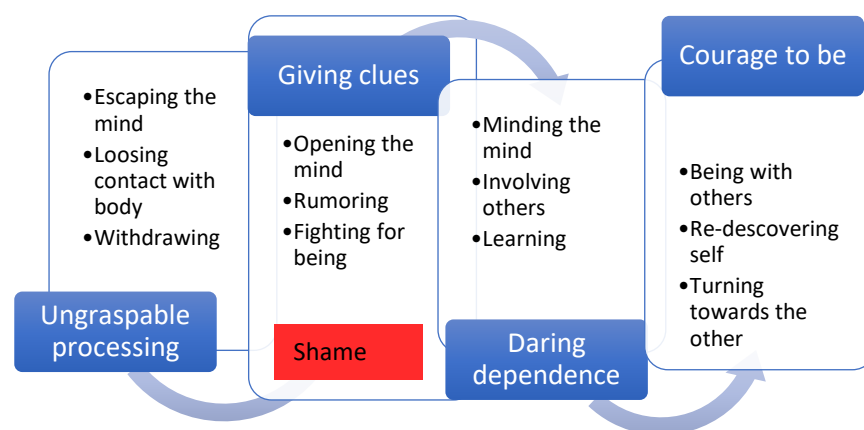
Teoretisk koding

Den siste fasen i analyseprosessen bidrar til å utvikle begrepene til en teori og kalles teoretisk koding. Vi konsentrerte oss om hvordan vi kunne koble sammen og navngi teoretiske ideer til kategorier. Gjennom konstant sammenligning av hendelser og kategorier, utallige utprøvinger av navn på teoretiske koder, og ved å bevege oss frem og tilbake i råmaterialet lette vi oss

frem til navnet på fire faser som var dekkende for *hvordan* deltagerne kjempet seg gjennom en depresjon. En egen teoretisk kode viser til hvordan fasene henger sammen (Glaser, 1992). I denne studien fikk den teoretiske koden navnet *Balancing disclosure*. Gjennom de ulike fasene i teorien balanserer den enkelte hvor mye han ønsker eller opplever det trygt å avsløre av sitt indre liv til andre. Bevegelse fra den ene fasen til den andre avhenger av å våge sårbarhet. Hele veien var det vesentlig å begrunne hver kategori og hver fase i data. Bare på denne måten kan en GT vokse frem. Se figur 2, *Risking existence*.

Intervjuer, analyseprosessen, utvikling av kategorier og fremveksten av teorien ble stadig diskutert med hovedveileder, og regelmessig diskutert med biveilederne samt en forskningsgruppe i Bergensområdet som benytter GT. Erfaringskonsulentene som deltok i studien bidro også til å bekrefte den fremvoksende teorien. Den substantive teorien *Risking existence* har også blitt presentert på internasjonale konferanser og i mange forelesninger for ulike faggrupper og brukergrupper som gir tilbakemelding på at de gjenkjenner prosessen.

Figur 3: Prosessen, *Risking existence*



5.4.2 Delstudie 2

Skam var en av eksistensialene som fulgte prosessen i teorien *Risking existence*, og fremstod som et betydningsfullt fenomen og funn i delstudie 1 som det ble viktig å utforske videre. Analysen i delstudie 2 ble innrettet fenomenologisk og var inspirert av van Manen (1990, 1997, 2006, 2014). Det var et langt steg fra den mer stringente og tydelige GT- analysen og det tok tid før jeg oppfattet kompleksiteten i den åpne og skapende, men samtidig konsise fenomenologiske tilnærmingen. Datamaterialet, bøker og artikler om praksisens fenomenologi ble lest flere ganger, og etter hvert kom jeg i nær dialog med datamaterialet og med tekstene jeg leste. Det vil si at jeg begynte å stille spørsmål som: Hva kan skam være? Hvordan viser den seg? På hvilken måte er skam betydningsfull? Og hvordan kan denne

analysen hjelpe til å forstå mer av skam? Undringen åpnet for tvil og tvilen åpnet for et oppmerksomt, dvelende nærvær rettet mot datamaterialet.

Gjennom å skrive og å reskrive i dialog med teksten, forsøkte jeg å tøyne min erfaring og kunnskap i møte med datamaterialet ved å så tvil om, og stille spørsmål til, det jeg trodde jeg forstod. For eksempel: «Jeg opplever at det hun forteller her handler om skam, men hva er det egentlig som tyder på det? Er det virkelig skam hun snakker om her? Har ordene den mening som de ser ut til å ha? Kan skam være begrepet som best beskriver det hun forteller? Kan det hun sier bety noe annet? La jeg ordene i munnen på henne her? Hvordan kan det ha seg at jeg så raskt kommer frem til at det her er tale om skamfølelse?»

På denne måten «kjempet» jeg mot det jeg raskt og ureflektert ville ta for gitt, og inntok en undrende og ettertenksom holdning til det jeg leste. Gjennom denne dvelende tvilen og kontinuerlige spørsmålsstillingen til datamaterialet kom jeg videre og i kontakt med datamaterialet på nytt. Jeg ble klar over flere nyanser, mangfoldet i beskrivelser, og kom nærmere den enkelte deltagers perspektiv og uttrykk. Dette arbeidet var kreativt og ustrukturert, og tidvis veldig urovekkende, men helt nødvendig som første analytiske steg. I ettertid har jeg skjønt at det var i denne retningen jeg skulle blitt værende lenger. Jeg våget ikke å la undringen slippe ordentlig til. Dette «bruddet» med undringen gjorde at jeg heller ikke kom i kontakt med de invariante kvalitetene ved fenomenet skam. Det vil si at jeg heller ikke, i stor nok grad, kom til å relatere skam til deltagerens erfaring av depresjon og således nyansere og skille tydelig mellom fenomenene.

Fordi jeg benyttet «kjøkkenbords-metoden» fremfor programvare (som Nvivo) var veggene på kontoret etter hvert tapetsert med A3-ark som utgjorde min organisering av datamaterialet. Jeg skisserte de ulike deltagerne i svært enkle strektegninger, noterte korte, betydningsfulle beskrivelser rundt og brukte fargekoder for de kodene som passet sammen. Fordi jeg gav strektegningene spesifikke individuelle karakteristikk, holdt dette deltagerne nærmere meg. Der og da opplevdes det likevel fint å se og anvende noen andre hjelpemidler enn bokstaver og tekst. Fargekodene var til hjelp for å identifisere hvilke temaer som pekte seg ut og hvordan de hang sammen. Samtidig forsøkte jeg å skrive frem deler av datamaterialet på en måte som kom i berøring med det van Manen (1997) kaller de talende aspektene av en tekst, og lot van Manens (2006, s. 713) skrivemåte (evocative writing) inspirere prosessen. Det vil si at jeg ønsket å skrive frem det uttrykksfulle, som får en fenomenologisk beskrivelse til å skape gjenklang i leseren, og som samtidig kunne gi et substansielt bidrag til mer forståelse av hva erfaringer med skam kan dreie seg om.

Etter hvert ble jeg klar over nye sammenhenger og kunne endre posisjonene til

hovedtema og grunntema. Skissene (strektegningene) sammen med beskrivelser og fargekoder gjorde det klart hvordan skammen berører hele mennesket og erfares kroppslig og sjelelig, relasjonelt og kulturelt. Ni foreløpige temaer trådte frem i denne prosessen. Det overrasket meg hvor kroppslig skamfølelsen viste seg å være for deltagerne. I samarbeid med veilederne og ved å fortsatt se på betydning av fenomener og konkrete empiriske tekstbiter, (meningsenheter) samt prøve ut nye måter å organisere materialet på, oppdaget vi at flere tema var overlappende. Ved å rette oppmerksomheten mot fargekodene fant vi tema som viste ulike aspekt av det samme. van Manen (1997, 2014) peker på visse grunnleggende eksistensielle temaer som han hevder kan finnes i alle menneskers livsverdener, uavhengig av deres historiske, kulturelle eller sosiale kontekst, og som han mener kan vise seg spesielt nyttig som fokuspunkter i forskningsprosessen; levd kropp, levd tid, levd rom og levd relasjon. For meg ble disse en hjelp til å organisere datamaterialet. De ni opprinnelige temaene ble innskrenket til fire tema som handlet om relasjon, kropp, tid og rom. Hovedanliggende i temaene ble identifisert ved å stadig gå tilbake til datamaterialet og skrive frem hva og hvorfor disse temaene var interessante og konsistente. Det å holde datamaterialet nært (lytte og lese) gjorde meg tryggere på at mine egne (teoretiske) fortolkninger relaterte til deltagerens egne fortolkninger av sin situasjon. Etter hvert, og ved stadig å vende tilbake til datamaterialet, innså vi at tema som omhandlet tid og rom var nært knyttet til relasjon og dermed overlappende, samt at den tematiske organiseringen med tema og grunntema reflekterte datamateriale som en helhet. To grunntema ble til slutt fremtredende:

- Kroppslige og språklige formidlinger
- Relasjonen til den andre

Selv om jeg forstod at noe av kjernen i erfaringene handlet om kropp og relasjon, opplevde jeg fortsatt at det var noe mer som ikke ble ivaretatt. Når jeg på ny lyttet til intervjuene og leste gjennom notater og refleksjoner, kom eksistensielle aspekter ved deltagerens erfaringer tydeligere frem. Jeg fordypet meg igjen i de transkriberte intervjuene, fortsatte å stille spørsmål ved det jeg leste og skrev reflekterende notater om situasjoner der deltagerne skildret noe som fanget interessen og nysgjerrigheten min. Det å lytte til opptakene ble særlig viktig for å stemme inntrykkene som teksten gav. Prosessen var induktiv, preget av åpenhet og følsomhet for teksten og innebar en bevegelse mellom intervjuene i sin helhet, til enkeltdeler og tilbake til helhet. Jeg så etter betydningen av teksten, hva deltagerne fortalte og skrev frem funnene på ulike måter og med ulike perspektiver og innfallsvinkler, samtidig

var denne dvelende tvilen «forstår jeg dette riktig?». På denne måten søkte jeg å få en helhetsforståelse av deltagerens erfaringer og språkuttrykk. Denne innsikten satt meg på sporet av en eksistensiell dimensjon ved skamfølelse som gav ny dybde til grunntemaene:

- Kroppen lever skamfølelsen
- Å streve etter tilhørighet.

I ettertid ser jeg at jeg jobbet systematisk og strukturert på en annen måte enn det van Manen (2014, 2017) anbefaler eller viser til. Sporene av praksisens fenomenologi i artikkel 2 finnes kanskje spesielt i måten funnene er presentert på og i de tematiske overskriftene som relaterer til eksistensialene kropp og relasjon (van Manen, 1997, 2014).

5.4.3 Delstudie 3

I både delstudie 1 og 2 var de relasjonelle aspektene fremtredende og vi ønsket å utforske det videre og separat. Derfor ble omdreiningspunktet for delstudie 3 knyttet til deltagerens opplevelse av relasjonen til sykepleier, og vi utforsket relasjonen i profesjonell praksis. Relasjon er imidlertid et fenomen som på lik linje med andre fenomener, både er direkte tilgjengelig for oss som opplevelse, men som fenomen er det langt mer omfattende og komplekst. Man kan ikke gripe pasient-sykepleierrelasjonen i sin fenomenale kompleksitet, selv om det er gjennom beskrivelser og tolkning av konkrete opplevde øyeblikk vi har tilgang til den. Det beskrivelser av opplevelser gir i fenomenologi er mulige unike aspekt ved det fenomen som vi utforsker. En fenomenologisk holdning og handlingene reduksjon og epoche forsøker å stille seg åpen til fenomenet slik det fremtrer på egne premisser i den verden som møter oss. Ifølge van Manen (2014) skal en god fenomenologisk tekst vise noen av de sentrale kvaliteter som tilhører det fenomenet vi utforsker – altså det som kalles invariante kvaliteter; det vil si de kvalitetene som gjør dette fenomenet til det det er, og skiller det fra andre lignende fenomen. Utforskningen av et fenomen vil likevel alltid gi en uuttømmelig, ufullstendig og begrenset innsikt i fenomenet. Grunnen til det er at et fenomen i verden er langt mer komplekst enn forskning kan avdekke, og vil alltid kunne utforskes videre gjennom nye opplevelser av fenomenet. Nye opplevelser av fenomenet vil kunne tilføre oss nye innsikter. Slik vil det være fordi fenomen er i verden på egne premisser og ikke fullt ut lar seg fange i forskning eller i den menneskelige tanke og erfaring. Men det er likevel gjennom opplevelser av relasjonen at vi har tilgang til den. Det vi kan gjøre, og som vi gjorde i delstudie 3, var å arbeide systematisk, metodologisk og intuitivt med datamateriale, litteratur

og erfaring for å forsøke å beskrive og forstå hva relasjonen mellom pasient og sykepleier egentlig er. Vår tilgang i denne studien var hvordan relasjonen opplevdes fra pasientens perspektiv. Vi lot oss møte av fenomenet (som for eksempel i glimt eller plutselige innsikter), og forsøkte å være oppmerksomme og vare for fenomenet slik det fremsto i opplevelsene, i vår egen erfaring av det, og i møter med andres tanker og tekster. Vi kan altså ikke gripe et fenomen slik man kan gripe teori eller begrep. Denne erkjennelsen var utgangspunktet for analysen i delstudie 3.

Datamaterialet ble lest og vurdert igjen for å møte fenomenet vi utforsket i delstudie 3, også denne gangen i utgangspunktet åpent og undrende, og uten innledningsvis å underlegge det teoretisk eller metodisk systematikk og kategorisering. I stedet tok jeg for meg intervjuene som helhet og forsøkte å lese med blick for hva teksten kunne fortelle om relasjonen mellom deltagerne og sykepleier. Arbeidet med å forsøke å forstå et fenomen begynner i undring og fortsetter i åpenhet, fantasi og systematisk, grundig arbeid – som altså likevel ikke fører til at en har resultater som er eksklusivt sanne eller kan utkonkurrere andre resultater som har til hensikt å gi innsikt i det fenomenet en utforsker. Merleau-Ponty (2002, s. 15) skriver «The most important lesson which the reduction teaches us is the impossibility of a complete reduction». Metoden vi brukte er den fenomenologiske reduksjon og epoche, som ikke er en metode i tradisjonell forstand, men en holdning i forhold til empirien, tekstene og andre kilder som kultiverer refleksjonen. Denne holdningsmessige tilnærmingen har utgangspunkt i vår egen subjektive tilgang til verden slik vi opplever den og slik den fremtrer for oss. Merleau-Ponty (2002) skriver i forordet til sitt hovedverk *Phenomenology of Perception*: «The world is not what I think, but what I live through. I am open to the world, I have no doubt that I am in communication with it, but I do not possess it; it is inexhaustible» (2002, s. 18-20).

Jeg arbeidet, som første metodiske steg, for å se i datamaterialet mitt opplevelser av situasjoner der en pasient beskriver møtet med en sykepleier, eller der pasient – sykepleierrelasjonen på en eller annen måte utspilte seg. Sammen med veileder skrev vi tentative refleksjoner knyttet til opplevelsene jeg fant for å forsøke å forstå og kretse inn det unike i deltagerne beskrivelser og hva disse beskrivelsene kunne si oss om fenomenet relasjon. Vi arbeidet sammen i møte med ulike kilder (forskningstekster, kunstneriske tekster som skjønnlitteratur, filmer og malerier, etymologi, samtaler og praksis), som alle på ulike måter kunne hjelpe oss å se nye aspekt.

I arbeidet med å lete frem beskrivelser og utsagn som var uttrykk for ulike aspekt av fenomenet vi utforsket, og etter hvert i artikkelen som helhet, forsøkte jeg å praktisere de

ulike typer reduksjon beskrevet av van Manen (1997): heuristic, hermeneutic, experiential og eidetic. Veileder og jeg skrev vekselvis korte refleksjoner over opplevelser som deltagerne beskrev, der vi praktiserte reduksjon og epoche. Vi skrev om og om igjen, og forsøkte å bevege oss stadig nærmere fenomenet slik det så ut i seg selv. Den heuristiske reduksjonen handler om å ha en undrende holdning, som for eksempel ved stadig å stille spørsmål ved meningen ved fenomenet man er i ferd med å studere og prøve det ut mot egne og andres erfaring. van Manen (2014) forklarer sammenhengen mellom opplevelsen og fenomenet slik: «Phenomenology is the study of phenomena, and the phenomena are someone's experiences – belonging to someone's stream of consciousness» (s. 91). I vår studie ledet dette for eksempel til spørsmålene: hvordan oppleves det for en pasient å være i relasjon til en profesjonell? Hvilke forskjeller ligger i pasient og sykepleiers ulike måter å være i relasjonen på? Hva betyr relasjonen for møtet mellom pasient og sykepleier? Hvordan ser relasjonen ut? Hva er relasjonens kvaliteter i dette møtet? Hva er forutsetninger for pasientens opplevelse av fellesskap eller sammenhet? Er relasjonen knyttet til noen av dem, eller er den en egen enhet? Nye aspekter viste seg gjennom refleksjoner over beskrivelsene, og ved å dele tekster med hverandre utforsket vi sammen og hver for oss, meninger ved, og betydningen av relasjon i en profesjonell setting innen psykisk helsearbeid.

I følge van Manen (1997) kan en utfordring ved fenomenologisk forskning være at vi vet for mye om fenomenet vi skal utforske. Vi kan ha utdanning der fenomenet er sentralt, ha erfart det selv i praksis, ha teoretiske kunnskap om fenomenet, og dessuten bygge vårt møte med fenomenet på en rekke antakelser om hvordan «ting» henger sammen. Det var også tilfellet med meg og fenomenet «relasjonen mellom pasient og sykepleier». Jeg visste mye og hadde vanskelig for å legge teori, antakelser og tatt forgittheter til side i første omgang, for å forsøke å se fenomenets egne uttrykk slik de fremsto i deltagernes beskrivelser.

Hermeneutisk reduksjon skal hjelpe forsker til å utfordre egen forforståelse og kontekst, og forsøke å forbli åpen mot stadig nye betydninger av fenomenet man utforsker. Dette var en kontinuerlig bevisstgjørende prosess og jeg skjønnte at antagelsene mine lå dypere og mer innviklet i meg enn det jeg på forhånd trodde. Jeg forsøkte å arbeide setning for setning, og å motstå trangen til å forlate refleksjon for tidlig. Å gi tid til å dvele og forbli i undring og utforskning var noe jeg måtte øve på, og hvor erfaringene fra delstudie 2 ble til hjelp.

Eksperientell eller fenomenologisk reduksjon handler om nettopp dette; å la være å abstrahere, generalisere og teoretisere, men holde den levde opplevelsen nært til seg og reflektere over den. van Manen (2019, s. 4) skriver «the phenomenologist is obsessed with

the concrete, and distrusts the theoretical and objective observations». Hensikten med analysen var derfor ikke å "kode" beskrivelsen av den levde opplevelsen, men å bruke beskrivelsen av opplevelsen som et utgangspunkt for å spørre: "Hva kan denne spesielle beskrivelsen, avsnittet, passasjen, setningen eller til og med ordet si om fenomenet pasient - sykepleierrelasjon?"

Gjennom eidetisk reduksjon søker forsker etter det unike i det fenomenet som utforskes (van Manen, 1997, 2014). Ordet eidetisk fra gresk eidetikos betyr det som vedrører bilder eller ikoner. Metodologisk betyr eidetisk reduksjon å bevege seg fra det konkrete eksempelet på fenomenet til mulige universelle måter å forstå fenomenet på. Hensikten er ikke å komme frem til en universell mening, forstått som generaliserbar eller generell, men å bevege seg fra en subjektiv forståelse til en intersubjektiv, der mulige forståelser av menneskelig mening utprøves i møte med for eksempel andre lesere. I delstudie 3 handlet dette om å utforske hvordan pasient-sykepleier relasjonen skiller seg fra andre måter å være sammen på, altså det å forsøke å se og beskrive de invariante kvalitetene ved nettopp denne typen profesjonell relasjon. Eidetisk reduksjon er kanskje den vanskeligste fordi den fordrer at en ser både den enkelte opplevelsen – det singulære – og samtidig ser opplevelsen som en avgjørende kvalitet ved fenomenet, eller det som i fenomenologi kalles en universal kvalitet (van Manen 2014). Det som skjer, er at det enkelte tilfellet prøves mot en større helhet, mot fenomenet som sådant, og spørsmålet en stiller seg er om helheten har en avgjørende betydning for hvordan fenomenet uttrykker seg som fenomen i vår opplevelse. Et uttrykk for den eidetiske reduksjonen er i vår sammenheng at *vi ser at opplevelsen av forskjell mellom oss er nødvendig for å oppleve fellesskap med et annet menneske*. Den andre må se meg som en person som han eller hun skiller fra andre, og møter unikt. Det paradoksale er altså at *opplevelsen av fellesskap hviler på å anerkjenne den andres annerledeshet*. En tolkning med støtte i opplevelsen, og som vi prøver ut i forskningsfellesskapet ved å få fagfellers og leseres responser på det vi har skrevet.

I en hermeneutisk-fenomenologisk analyse, eller i fenomenledet forskning, slik som i praksisens fenomenologi, utgjør epoche og reduksjon den filosofiske metoden. Epoche handler om å forsøke å forstå eller se et fenomen på nye måter ved midlertidig å legge til side konvensjoner, antakelser og tatt-for-gitt kunnskap. Å tilstrebe epoche er å sette i parentes (bracketing) det som kan stå i veien for tilgangen til et fenomens egentlige betydning. Reduksjon handler om å bevege seg tilbake til den opprinnelige opplevelsen av et fenomen slik det pre-reflektivt uttrykker seg for oss i opplevelsen av det. Denne metodologien åpner for et mangfold av mulige tolkninger av en opplevelse der vi som forskere utfordres til å

finne de som er knyttet til fenomenet vi utforsker og ikke til andre fenomen. Epoche og reduksjon er ikke enkle å forklare eller å utøve i praksis, kanskje fordi de ikke er konkrete prosedyrer eller metoder, men heller grunnleggende måter å være i forhold til forskningsprosessen, og der forsker beveger seg i vekselvirkning mellom dem (Sævi, 2005; van Manen, 2014). Den åpne og undrende holdningen kom til underveis i arbeidet med artikkel 3. Jeg forsøkte å kritisk arbeide med mine forforståelser knyttet til relasjonen mellom sykepleier og pasient og utforske eksemplene i egen og andres erfaring, og i filosofi og teori. Det var spennende å jobbe sammen med Sævi som ikke er utdannet sykepleier, men som har pedagogisk bakgrunn. Hun så de empiriske eksemplene på andre måter enn meg selv. Gjennom hennes måte å se datamaterialet på ble jeg også klar over blinde soner i min egen forståelse.

Det vekselvise arbeidet med empiritekstene og artikkelteksten ble veien til å forstå hvilke eksempler som best kunne gi mening til og belyse møtet mellom pasient og sykepleier. Dataanalysen strakte seg utover de kognitive prosessene ved at vi i tillegg rettet oppmerksomheten mot det som berørte eller talte til oss. van Manen (2014) peker på at en fenomenologisk analyse både er kognitiv og ikke-kognitiv, og med ikke-kognitiv mener han sanser, fornemmelser, minner, kroppsopplevelse og så videre. Denne måten å arbeide på ga et meningsfullt og åpent vitenskapelig tankerom, og var en vitenskapelig forberedelse og forskningsmessig læringsprosess om hvordan jeg kunne benytte innsikten og meningen fra datamaterialet og de ulike tekstene jeg leste til å se noen menneskelige sammenhenger.

Gjennom arbeidet med delstudie 3 innså jeg at det skal langt mer enn en artikkel til for å få denne metodologien «under huden». Mange ganger kjente jeg på tilkortkommenhet. Men, av og til kunne små glimt av innsikt vise seg i et øyeblikk, og disse glimtene ble en hjelp til å komme videre.

6. Funn

I delstudiene har jeg på ulike måter undersøkt avhandlingens tema; *levd erfaring av depresjon og skam og gjennomlevd opplevelse av relasjon.*

Funn fra delstudie 1

Bygstad-Landro, M. & Giske, T.

Risking existence: The experience and handling of depression

Journal of Clinical Nursing, 2018 27(3-4): 514-522.

I det første delstudiet utforsket vi hvordan mennesker erfarer og håndterer depresjon og valgte GT som metode. Vi fant en prosess med fire faser; (1) Ungraspable processing; (2) Giving clues; (3) Daring dependence; og (4) Courage to be. Deltagerne i studien har en felles hovedutfordring: Longing for belonging. Denne hovedutfordringen løser de gjennom hovedstrategien Risking existence, å risikere å tre fram som den de er. Det var stor variasjon i hvordan deltagerne opplevde de ulike fasene, men noe var likevel gjennomgående og felles - de lengtet etter tilhørighet.

I første fase, Ungraspable processing, erfarer deltagerne å være i noe som føles fremmed og har en fornemmelse av å miste seg selv og er omgitt av et tomrom av ensomhet. Det er som om de ikke hører til. Skammen gir seg til kjenne i kroppen som en uro. Deltagerne bruker krefter på å holde masken, ofte over måneder og år. Mange prøver å fortrenge og overføre livssmerten ved å grave seg ned i arbeid, benytte rusmidler, selvskade seg, slutte å spise, overspise, eller overprestere. Det er vanskelig å fastsette når denne fasen begynner. For noen har årelange grublinger, enten med grunn i bestemt opplevelse eller uten klar årsak, til sist blitt så tunge å bære at de ikke lenger klarer å fungere i hverdagen. For andre er det en kortere prosess utløst av konkrete eller mindre konkrete hendelser. Denne første fasen kan bli så krevende at noen tvangsinnlegges, mens andre innser behovet for hjelp og søker det. Overgangen til den neste fasen, Giving clues, betyr at deltagerne gradvis kopler seg på verden og andre mennesker. Det oppleves som et vågestykke for deltagerne. Å åpne seg innebærer stor ambivalens fordi skammen blir synlig. Frykten for avvisning er stadig til stede. Likevel gir deltagerne ofte hint som kan åpne for kontakt og våger dermed å gjøre seg sårbare. Hjelperen sin rolle er av vesentlig betydning i denne fasen. Håpet avhenger av hvordan de blir møtt. Det ble tydelig at skamfølelse hindret interaksjon og relasjon, spesielt i fase 2. Nesten til enhver tid følte de på og tolket andres blikk og ansikt. Gjennom å tolke og vurdere om blikket eller ansiktsuttrykket opplevdes kritiserende eller bekreftende balanserte deltagerne mellom taushet og åpenhet.

Gradvis tillit til andre mennesker gjorde den tredje fasen, Daring dependence, mulig. Noen forteller om møter som har åpnet opp for livssmerten og skammen, om hjelp til å finne veien ut av stumheten og inn i språket, om historier som får rom. Etersom deltagerne får tillit og våger å dele, minsker skamfølelsen mens håpet stiger.

Prosessens siste fase, *Courage to be*²¹, omfatter en væren der deltagerne er i kontakt og dialog med deg selv og omverdenen. Samtidig har erfaringene gjort deltagerne mer sårbare og sansevare for tilbakefall av depresjon. Dette kommer til uttrykk både gjennom en økt beredskap og årvåkenhet mot endringer i egne sinnsstemninger, men også en revitalisering av verdier i livet som takknemlighet og at livets tatt-for-gittheter ikke lenger tas for gitt.

Teoriens faser relateres til hverandre gjennom den teoretiske koden: balancing disclosure. Balancing disclosure viser til hvordan deltagerne strevde med og var i stadig indre forhandling om hva de skulle våge å fortelle omverdenen. Kvaliteten på relasjonen var av avgjørende betydning.

Den substantive teorien viser hvordan mennesker med depresjon arbeider seg gjennom en prosess i fire faser der skam opptrer ulikt i de ulike fasene. Skam ble beskrevet som en særegen følelse, særlig fremtredende i fase 2. I tillegg til skam fulgte noen andre fundamentale trekk gjennom alle fasene; utholdenhet, håp og mot. Mot steg frem som en betydningsfull kvalitet etter reanalyse av datamaterialet i forbindelse med delstudie 2. Vi fant at utholdenhet, håp og mot var forutsetninger for tilfriskning, mens skamfølelsen fungerte som en moderator, til hinder for bedring.

Funn fra delstudie 2

Bygstad-Landro, M. Giske, T. Blystad, A. Martinsen, K.

«Skammen slår beina under meg» - om hvordan mennesker med depresjon erfarer skam.

Nordisk Sygeplejeforskning, 2021, 11(02): 155-166.

I delstudie 2 utforsket vi levd erfaring av skam, slik deltagerne forteller om det, og benyttet en analyse inspirert av van Manen og hermeneutisk fenomenologi. To grunntema fremstod: *Kroppen lever skamfølelsen og Å streve etter tilhørighet*. Det første grunntemaet handlet om hvordan skam fremmedgjør kropp og språk. Vanligvis er ikke kroppen noe vi tenker over, den bare er og ordene våre flyter oftest fritt. Når skam- følelsen inntar kroppen påvirkes både

²¹ Navnet på denne fasen så jeg senere er den samme som boktittelen *The courage to be* av Paul Tillich (1952), men studien er uten ytterligere henvisning til hans filosofi eller teologi.

kropp og språk. Den ellers kjente kroppen kan begynne å opptre ugjenkjennelig og uforutsigbart. Kroppslige skamuttrykk kan vise seg gjennom unnvikende blikk, fomling, rødme, svette, skjelving, stamming og latens, eller når kroppen synker sammen og knytter seg til. Men deltagerne forteller at kroppen også kan reagere på skam med smerter, kvalme, kløe, muskulære spenninger og besværligheter med pusten.

Deltagerne brukte oftest ikke begrepet skam, men snakket gjerne med andre ord, som at de føler seg «små, dumme, hjelpeløse, foraktet» og at det må være noe grunnleggende galt med dem som gjør dem uverdige å elske. Opplevelsen av skam kan også være vag og uforståelig. Flere av deltagerne fortalte at det tok lang tid før de skjønnte hva det var de kjente på. Skamfølelsen kan dirre under overflaten, som nesten lydløse undertoner, og dermed være krevende å innse.

Det andre grunntemaet handler om relasjon. Skam blir sjeldent tema i terapeutiske samtaler. Følelsen kan bli nevnt, men oftest kun overfladisk. Skamfølelsen har for mange vokst seg inn i livet som følge av svik og krenkelser fra signifikante andre. Skam kan dermed hindre og true sosiale bånd fordi deltagerne skammer seg over seg selv overfor de andre, både nære og profesjonelle andre. Konsekvensen er isolasjon og ensomhet, og at noen vegrer seg for å ta imot hjelp. Ensomhet og smerten i det å kjenne seg alene går igjen i beskrivelsene samt fortellinger om å føle seg liten, men også ønsket om å få være liten og omsluttet av kjærlighet. Den som er skamfull trenger å bli møtt med en lyttende og sansende tilnærming, kunnskap og et kjærlig nærvær, som gir mennesker trygghet og mot nok til å våge å dele.

Delstudie 2 viser at skam må forstås som en innfløkt og sammenvevd følelse som ikke bare er et vedheng til diagnoser, men som også i seg selv er livsinnskrenkende og former måten deltagerne er til stede på i relasjon til mennesker de er omgitt av

Funn fra delstudie 3

Bygstad-Landro, M. & Sævi, T.

The relationship as possibility and future gift in professional mental health encounters.
Phenomenology & Practice, 2022. Submitted

I delstudie 3 utforsket vi deltageres opplevelser av relasjonen til sykepleier. Relasjon, som både er et menneskelig fenomen og en opplevelse vi alle deler, finnes i alle sammenhenger der det er mennesker, og er en del av både profesjonelle og personlige settinger og språk. Relasjonen er noe vi lever og er i, ofte så nært at det kun er i dens fravær, når vi trenger den andre og den andre ikke er der, at vi blir oppmerksomme på det. Vi ville undersøke hvilke kvaliteter relasjonen mellom pasient og sykepleier har, det vil si at vi utforsket relasjonen

som fenomen. Vi hadde som empirisk utgangspunkt studiedeltagernes beskrivelser av relasjonen til sykepleier innen psykisk helsevern. Relasjonen er vesentlig for alle profesjonelle møter i klinisk praksis, og dermed et sentralt fenomen å utforske.

Konkrete beskrivelser fra datamaterialet ble analysert ved hjelp av van Manens (2014) hermeneutiske fenomenologiske tilnærming. Fenomenologi har som intensjon å bidra til større innsikt i hverdagslige fenomen og der igjennom til bedre og mer reflektert praksis. Forutsetningen for en relasjon mellom personer i profesjonelle settinger er bevisstheten om at relasjonen er en mulighet snarere enn et verktøy, og at relasjonen er et levd møte i tillegg til å være et faktum. I ethvert forhold – personlig og profesjonelt – er begge parter prisgitt hverandre og kan dermed kun delvis planlegge og forutsi prosess, innhold og konsekvenser av relasjonen. Delstudie 3 avdekket i hovedsak tre forhold knyttet til pasient-sykepleierrelasjoner som på ulike måter og i sammenheng muliggjør en relasjon som ivaretar pasientens jeg, og som dermed utfordrer relasjonell praksis.

Det første forholdet er knyttet til at det er i selve relasjonen det personlige og faglige møtet mellom personer utspiller seg. Relasjonen kan også i profesjonell sammenheng bare delvis planlegges, dersom det skal være rom for begge parter i møter mellom dem. Derfor bør relasjonen ikke være rutine og fullt ut kjent og planlagt på forhånd av den profesjonelle, dersom den skal kunne ivareta pasientens jeg. Dette fører oss over i det andre forholdet som viser at relasjonen bør være åpen for den andres liv og eksistens og for det som måtte komme fra det relasjonelle møtet i seg selv. Relasjonen er en mulighet som er gitt til begge parter, og i denne sammenheng, særlig til pasienten som behøver den profesjonelles orientering mot ham eller henne, i form av nysgjerrighet og interesse for hans eller hennes perspektiv og hvem hen er.

For det tredje er en pasient-sykepleierrelasjon karakterisert av både eksistensiell forskjell og forskjell i eksistens. Dette betyr at de to partene i relasjonen er eksistensielt forskjellige, og må ivareta hvert sitt jeg. Pasient og profesjonell har ulike oppgaver, ansvar og roller. Erkjennelse av det heterogene i relasjonen har viktige konsekvenser for relasjonen, og er paradoksalt nok forutsetningen for å oppleve fellesskap eller «togetherness» fordi hver av partene da er fri til å oppleve relasjonen på sin måte. Frihet til å oppleve relasjon og møte utfra egne roller, ansvar og oppgaver, er viktig for at profesjonell omsorg ikke overtar pasientens eget ansvar for omsorg for seg selv. Dette er innsikter som kan bidra til mer innsiktsfull praksis i psykisk helsesammenheng, og både bevisstgjøre og kanskje også gjøre profesjonelle mer sensitive for det som skjer i møter mellom dem og pasientene.

7. Drøfting av resultat og metode

En sentral hensikt med studien er å bidra med ny kunnskap om pasientperspektivet til praksisfeltet. Tre delstudier ledet utforskningen av prosjektet. I dette kapittelet vil jeg først kort oppsummere funnene, og deretter drøfte tre av studiens funn som er særlig betydningsfulle for praksis. Avslutningsvis vil jeg diskutere de ulike metodologienes bidrag og hensikt.

7.1 Å nærme seg en forståelse

Når den substantive teorien fra delstudie 1 («Risking existence») og funnene fra delstudie 2 («Kroppen lever skamfølelsen» og «Å streve etter tilhørighet») ses i en sammenheng, trer en omfattende historie frem. En historie om å først miste seg selv til et mørke, noe som fører til en utfordrende kamp for å finne veien ut av det, finne seg selv på nytt og gjennom denne prosessen søke etter motet til å være seg selv. Hver av deltakerne hadde sin egen fortelling som til sammen dannet et inntrykk av en dvelende, stadig tilstedeværende skamfølelse. Både depresjonslidelsen og skamfølelsen forårsaket en avstand til andre mennesker, og bidro til vedvarende ensomhet, kombinert med en lengsel etter inkludering i den sosiale relasjonelle verdenen. Lengselen var dyptgripende og smertefull i deltageres liv, men utgjorde samtidig kraften som bidro til at deltagerne våget å henvende seg ut mot verden og til den andre. Delstudie 3 utforsker pasienters opplevelse av relasjonen til sykepleier og eksemplene drøftes i lys av filosofi og teori. Studien åpner for ulike måter å forstå betydninger av pasient-sykepleier relasjonen, og viser at pasientens opplevelse av hva som er felleskap og kontakt fordrer omsorg som har eksistensielle kvaliteter.

I det følgende vil jeg sentrere drøftingen om tre sentrale funn i studien; de to første fasene i den substantive teorien: «Ungraspable processing», «Giving clues» - fasen der skam er et særlig sentralt fenomen, og til sist en viktig innsikt som fulgte av delstudie 3: Å se den andres annerledeshet som forutsetning for samhørighet.

7.1.1 Ungraspable prosessing

-hjemløs i egen kropp

To be ill, even with just a trivial illness, as much as with a mortal illness, means, above all, to experience things in a different way, to live in a different world (van den Berg, 1972, p. 45).

Van den Bergs eksistensielle innsikt setter fingeren på et avgjørende trekk ved all sykdom, også psykisk uhelse, og er både en grunnleggende erfaring ved sykdom og en betydningsfull innsikt i behandlingsøyemed. Deltagerne i studien formidler noe eksistensielt gjennom beskrivelsene av sitt møte med depresjon og skam. Det skjer noe med deres opplevelse av å tilhøre fellesskapet av friske i en felles verden. De formidler at depresjon har å gjøre med dyptgripende endringer hvor kroppen fungerte som et skall, der et ytre skjulte et indre som ikke uten videre kunne eksponeres. Deltagerne beskriver uro, ukjente, navnløse tilstander, et indre landskap som ventet på å bli gjenkjent og kanskje godkjent av den andre. Gjennom den substantive teorien, «Risking existence», kommer deler av dette landskapet til syne. Den første fasen, «ungraspable prosessing», bærer med seg en opplevelse av fremmedgjøring og hjemløshet knyttet til en smertefull opplevelse av å miste seg selv. En opplevelse som også andre studier påpeker som sentral ved depresjon (Danielsson & Rosberg, 2015; Holm et al., 2013; Martin et al., 2013; Nolen-Hoeksema, 2000; Ratcliffe, 2015). Denne studien bidrar med kunnskap om hva denne dimensjonen «å miste seg selv betyr», illustrert både av deltakernes beskrivelser av hvordan depresjon føles og ved deres strategier for å føle seg mer levende i forsøket på å «tune inn» på livet.

Den første fasen i depresjonen førte for noen med seg en likegyldighet i forhold til hygiene og sosiale regler, og for andre kontinuerlig overvåkning og tvang på institusjon som gav seg utslag i ufrivillig nakenhet og reimer. Flere av deltagerne hadde også gjort ett eller flere forsøk på å ta sitt eget liv - forhold som bryter med verdier, normer og kulturelle føringer, eller som har opplevdes krenkende, og dermed bringer skamfullhet over deltagerne. Fordi deltagerne har distansert seg fra både følelser og andre mennesker i den første fasen er det først i den andre fasen at skammen virkelig gir seg til kjenne. Det er for mange en identitetskrise som vokser frem, en opplevelse av å ikke gjenkjenne seg selv. Både Goffmann (1963) og Nussbaum (2006, s. 191) hevder at kulturelle normer for skam i avgjørende grad bestemmer sosiale relasjoners karakter, samt beskriver skam som en allestedsnærværende følelse i sosialt liv. Nussbaum (2006) er også særlig opptatt av samfunnets skamgjøring av

mennesker som «faller utenfor», mennesker som for eksempel ser annerledes ut enn andre, har synlige sykdommer eller såkalte misdannelser, og psykisk og fysisk funksjonshemming. Som voksne mennesker vil vi gå langt for å forsøke å fremstå som normale, for å dekke over svakheter og kompensere for dem med andre styrker, øve for å overvinne dem eller unngå situasjoner der svakhetene vil manifestere seg. De strukturene som er rådende i vårt samfunn, særlig kategorisering av sykdommer og mennesker, trenger en filosofi som motsetter seg en slik utvikling.

Livet leves og uttrykkes, sanses og forstås, berøres og berører gjennom kroppen. Personer er kropper, skriver Alvsvåg (2000, s. 22). Vi kan ikke tenke oss en person uten en kropp. Gjennom kropper blir mennesker relasjonelle. Kroppen *er* relasjonell skriver Martinsen (1975, s. 149-153). Den er intersubjektiv, den er min egen og inngår samtidig i et fellesskap. Gjennom kroppen opplever vi verden og hverandre, «men vel og merke når vi ikke flykter fra kroppen og dens innfelthet i tid og rom» (Martinsen, 2021, s. 147). Det depressive tungsinnet medvirker til flukt fra sanseintrykk, og dermed til en endring fra kroppens «tatt for gitthet» og naturlige innfelthet. I delstudie 1 uttrykkes kroppsligheten både som et frustrerende ubehag og kroppen som en nummen, tilstivnet, livløs maskin som utførte vante, daglige gjøremål på en mekanisk og automatisert måte. Deltagerne eksisterte gjennom kroppen, men kroppen *følte* ikke. Innfeltheten og «tatt for gittheten» ble løsrevet fra personen og fra livet. Kroppen ble en utrygg og uforutsigbar eksistensgrunn, og førte til en opplevelse av hjemløshet i egen kropp.

En kroppsfenomenologisk tenkemåte forstår kropp og sjel som ett, og som del av omverdenen. Fuchs (2005) relaterer kroppslige, depressive endringer til Merleau-Pontys konseptualiseringer: levd kropp og kroppslig kropp. Den kroppslige kroppen trer kun frem når kroppen ikke lenger kan tas for gitt, og kroppens materialitet som ellers er ubemerket i hverdagen, blir tydelig og føles smertefull. Evnen til å delta i verden med sanser og uttrykk blir forstyrret, noe som kan resultere i fremmedgjøring eller til og med depersonalisering (Fuchs, 2005). Fuchs (2005, s. 2) tar i bruk begrepet «corporealisation» om når kroppen ikke lenger gir tilgang til verden, men står i veien som et hinder. Utvekslingen mellom personers kropp og miljø hemmes, drivkraft og impuls er utmattet. I tillegg oppstår et tap av vitalitet som innebærer redusert appetitt og libido, huden blir blek og håret matt. Alt dette betyr, ifølge Fuchs (2005), bokstavelig talt en kroppsliggjøring i betydningen å komme nærmere liket, den døde kroppen.

Men, studien viser at denne fremmedgjørende kroppslige væren hadde likevel et klart relasjonelt aspekt. Det er gjennom kroppene mennesker forholder seg til hverandre, eller som

Alvsvåg (2014) skriver: «Møtene finner sted mellom kroppslige personer» (s. 135). Sosial isolasjon og ensomhet ved depresjonslidelse er godt dokumentert (Allan & Dixon, 2009; Barg et al., 2006; Karhe & Kaunonen, 2015; Li et al., 2017; Lindholm et al., 2001; Holm et al., 2013; Pierce et al., 2003), samt at vedvarende ensomhet bidrar til nedvurderende tanker om seg selv (Lee et al., 1994; Nilsson et al., 2006; Thesen, 2001). Det blir følgelig utfordrende å nærme seg andre (Rice et al., 2011). Dette gjaldt også de nærmeste andre. Nilsson et al. (2008) viser hvordan fraværet av og lengselen etter den andre forsterkes av ensomheten og skriver: «There is an existential quietness about the informants' 'want and longing' even so it ascends vibrating as a cry for compassion from health personal» (s. 168). Men, i splittelsen mellom kropp og sjel, i et eksistensielt limbo, når ikke deltagerne ut og tar heller ikke noen inn.

Martinsen (1993) skriver at kroppen og sansningen er vår åpning mot verden og hverandre. Tillukketheten og den distanserte eller likegyldige vøren hindret deltagerne i å ta imot sanseintrykk, eller åpne opp for andre. Empirien i denne studien får dermed gjenklang i Fuchs' analyse av kroppslighet i den dype depresjonen. Kroppen ble en livsinnskrenkende hindring, og en smertelig følelse av å ikke høre til, av utenforskap eller som en deltager beskriver: «en følelse av å være, og å ikke være på samme tid. Det er som om jeg er koblet fra verden og andre». Fasen «Ungraspable Processing» bærer i seg disse beskrivelsene som reflekterer en hjemløs vøren, der både kroppen og livet selv blir fremmed og uforståelig.

Deltagernes beskrivelser av hvordan de opplever å være deprimerte inneholder mye av den samme klangen som toner ut fra boken om Job (30:26-31, Bibelen 2011), legene Galen (131-201 e.Kr.) og Burtons (1621) skildringer (Horwitz et al., 2017) og slik forfatterne Øvig (2019) og Wallace (1996) beskriver det. Det er i hovedsak eksistensielle sider ved depresjon som løftes. DSM og ICD-kriterier for alvorlig depresjon formulerer depressiv symptomatologi i en språkdrakt som ikke inkluderer eksistensielle aspekt (Horwitz et al., 2017). Spørsmålet er om et beskrivende vokabular sementeres i møte med diagnostiske kategorier, og fører til at eksistensielle sider ved depresjon lukkes inne og forblir tause. Praksisen med dagens diagnosesystem får i så tilfelle utilsiktede konsekvenser og omfattes kun av den normative kulturelle «bør» i den etiske treklang, hvor forholdet til det levde livet og situasjonen menneskene er i uteblir. Dersom klassifiseringens begrensninger blir oversett, oversees samtidig levd erfaring av depresjon. Gjennom fortellinger og andre uttrykk kan vi få tilgang til opplevelsen og forståelsen. Mange forskere peker på at en erfaringsnær fenomenologisk forskning, tenkemåte og tilnærming kan bidra med slik tilgang i klinisk praksis (Ekeland, 2021; Fried & Nesse, 2015; Fuchs, 2002; Ghosh et al., 2021; Hasin et al.,

2018; Parker, 2007; Svenaeus, 2019; Widiger & Samuel, 2005). Fenomenologiske beskrivelser kan imidlertid være tidkrevende å forstå, og fremstår kanskje ikke som valide i biomedisinsk sammenheng (Ratcliffe, 2015). Dersom man tenker at å oppfylle DSM-ICD-kriteriene for alvorlig depresjon er det samme som å ha alvorlig depresjon kan det bli misvisende. Funn fra denne studien peker på at så lenge pasienters egne opplevelser og erfaringer er underordnet diagnosesystemet, kan det for flere enkelte bidra til å forsterke en fremmedgjørende praksis og opplevelse av hjemløshet. I følge Drożdżowicz (2020), Hyman (2010), Kendler (2016) og Kinghorn (2020) utgjør ikke kriteriene i seg selv klinisk depresjon. For eksempel er noen kliniske uttrykk subtile, vanskelige å vurdere og oppleves på vidt forskjellige måter. Kendler (2016, s. 771) siterer Burton (1621): «The tower of Babel never yielded such confusion of tongues, as the chaos of melancholy doth variety of symptoms».

Gilbert (2017), Svenaeus (2019) og Bowden et al., (2020) beskriver imidlertid en tydelig bevegelse fra en biomedisinsk tradisjon mot en eksistensiell, psykososial retning, der relasjon blir sentral og der språket er nærmere pasienters eget språk. Enkelte symptomer kan deles, men omstendigheter og kontekst varierer og mennesker reagerer ulikt (Ashcroft et al., 2021; Ghosh et al., 2021). Et økende antall forskere, som også er klinikere, har advart mot å vurdere symptomer alene, (f.eks. ved å bruke DSM/ICD-kriterier og/eller psykometriske sjekklister) (Frances, 2013a, 2013b; Ghaemi et al., 2012; Muller, 2017; Parnas et al., 2013; Summerfield, 2006). De argumenterer mot bruk av diagnostiske kriterier da denne tilnærmingen mest sannsynlig ikke vil føre til en riktig forståelse av pasienten, eller nyttig behandling, fordi «they do not take into account the gestalt of the disorder and inadvertently reduce the clinical assessment to a mathematical exercise of adding up reported symptoms» (Duffy et al., 2018, s. 412).

Diagnosesystem og sjekklister er del av en større praksis. Gilbert (2017) og Ghosh et al., (2021) hevder at vi fortsatt har noe å lære av den Hippokratiske tilnærmingen, som la vekt på å se og lytte til mennesker først og over tid. Dette innebærer å inkludere den relasjonelle og kulturelle konteksten i klinisk vurdering, der mennesker skaper sine identiteter og gir mening til sine opplevelser av lidelsen. Dette punktet er kongruent med et av de mest grunnleggende prinsippene for humanistisk praksis og gjenspeiles denne studiens funn - at mennesker må forstås helhetlig og i sammenheng (Cosgrove et al., 2020). Hvordan psykiske lidelser og psykisk helse omtales og prioriteres bestemmer hvordan vi forstår (diagnostiserer) og behandler psykiske plager.

At det reduksjonistiske språket er en dominerende kommunikasjonsform kommenteres av en deltager på denne måten: «Det blir for rasjonelt og fornuftig hos

psykologen. I det rasjonelle og fornuftige språket så finner jeg ikke mening.. altså jeg trenger en behandler som berører det eksistensielle». Endringen i kroppen medførte også en endring av verden (van den Berg, 1972). Deltagerne ble utydelige for seg selv, og dermed også utydelig for andre. Dette sterke eksistensielle ubehaget som meldte seg i fasen «ungraspable processing», og som uttrykker seg som kroppslig hjemløshet, trenger ytterligere oppmerksomhet i klinisk praksis.

7.1.2 Giving clues

- om skam mellom åpenhet og urørlighetssonen

I den andre fasen, «giving clues», ser vi at de tre delstudiene i avhandlingen veves inn i hverandre. Deltagerne forteller om en sakte oppvåkning, ut av tomrommet og inn i virkeligheten av samvær. Fra en hul tilværelse, uten rytme i tid eller kontakt med følelser, til tristhet, savn og skam. Det er i denne fasen skammen oppleves størst for deltagerne, samtidig som og nettopp fordi, det er i denne fasen deltagerne ønsker å kople seg på verden og andre mennesker. Overgangen markerer et skille fra behov for distanse og å gå i skjul, til et ønske om emosjonell kontakt. I denne fasen er kropp og sjel i ferd med å reintegreres, og deltagerne trenger hjelp til å bevege seg fra opplevelsen av hjemløshet til å ta bolig i seg selv. Empirien i denne studien indikerer at det er viktig å kjenne innholdet i «ungraspable processing» for å bli oppmerksom på og for å forstå det som skjer i overgangen til «giving clues». Når følelsene kobler seg på kroppen igjen, kan det få mangfoldige uttrykk. Skamfølelsen, som inntil nå har tatt liten plass, blir en stor del av følelsesbildet. Fra en tilstand av kroppslig og emosjonell dvale våkner deltagerne, og blir vår andre personer og verden rundt seg. En deltager beskriver det slik: «Det verste er skammen over å ha mistet grepet fullstendig om meg selv og nå blir det avslørt».

I denne fasen opplever deltagerne å måtte reorientere seg som relasjonelle personer, fra å være omgitt av et tomrom av ensomhet, og å se seg selv i lys av hvordan de fremstod i første fase. For noen deltagere innebar det også å forholde seg til helsepersonell som hadde invadert intimsfæren. Invaderingen skapte en omfattende ubalanse i relasjonen. Å begynne å kjenne på dette ubehaget var en delt erfaring. På den ene siden var det et tegn på en endring fra en fremmed og hjemløs tilstand til emosjonell kontakt. På den andre siden var det en ny og rå erfaring av skam. Mennesker er følsomme for små variasjoner i forventet sosial atferd, som igjen avhenger av hvordan interaksjonen oppfattes i den konkrete sammenhengen (Brown, 2006; Goffman, 1963). Forlegenhet eller skamfullhet oppstår når normative forventninger ikke blir oppfylt, når vi ikke klarer å skjule våre mangler eller ikke klarer å

beholde ro i sosiale interaksjoner (Aristoteles, ca. 340 f.Kr./2006; Goffman, 1963; Nussbaum, 2006). Det er en skam som oppstår i spennet mellom den etiske og den vonde skammen - en sårbarhetsskam som handler om menneskets gitte betingelser som relasjonelt vesen (Henriksen, 2010). Sårbarhetsskammen våkner i «giving clues» fasen, i møte med andre og bringer med seg en grubling som omhandler frykt for hvordan andre opplever og ser en selv. En frykt som også innebærer erkjennelsen av maktesløshet i møte med andres blikk, og beskriver skammens umulige prosjekt; at vi dypest sett ikke har råderett eller kontroll over hvordan andre ser oss. Grublingen forfølger deltagerne i «giving clues» fasen, og driver frem det fundamentale spørsmålet: tåler du meg?

I delstudie 2 finner vi at den kroppslige opplevelsen av skam både er fremmed og kjent for deltagerne. Den kjente skamkroppen er den som synker sammen, som bøyer nakken, knytter seg til og viker i blikket. Samtidig kobles biologiske, ukontrollerbare reaksjoner på denne opplevelsen: rødmen, stammingen, stotringen og klossetheten, - kroppsuttrykk som i seg selv er skamgjørende. Men, deltagerne beskriver også sterke kroppslige smerter. En slags latent kroppslig stemthet, som uforutsett kan vekkes, og virke kvalmende, lammende og smertefull. For eksempel når kroppslige, erfarte minner uforvarende dukker opp, når de blir trigget av en situasjon, en stemme, et bilde, en drøm eller en stemning, som binder bevegelser, følelser og tanker. Når skammen får søkelys på seg avsløres hvor mye som ligger igjen i mørket, som om lyset skaper nye gråsoner, nye problemer og ny skam. Kroppen kan være ubarmhjertig i så måte, fordi den husker det som ikke vil huskes, noe som også påpekes av Skårderud (2001). Den kroppslige erfaringen innvirket på hvordan deltagerne opplever seg selv og verden.

Skam kan berøre alle dimensjoner av menneskers erfaring, og fremdeles gjøres utilgjengelig eller dekket til av et indirekte språk (Kaufman, 1996). Dette ble også tydelig i delstudie 2 der deltagerne heller beskrev skam med ord som: «liten», «foraktet», «nedverdighet», «uverdighet», «mindreverdighet», «svak», «ubetydelig» og «verdiløs». Funnene i denne studien viser at skamfølelsen rommer tvetydighet, ambivalens og eksistensielle forhold, som kanskje ikke alltid lar seg overkomme vitenskapelig eller relasjonelt. Mye av det deltagerne bærer på forblir i taushet på tross av at de har omsorgsfulle mennesker rundt seg, både nære andre og helsepersonell. Tausheten skilte seg fra stillheten fordi tausheten hadde noe å si, og den var like tvetydig som andre uttrykk for skam. Selv om skam ofte gjør taus, må det ikke nødvendigvis forbli taushet ettersom taushet viste seg å forsterke opplevelsen av ensomhet ytterligere. Mange av deltagerne var ensomme med sin skam. Skamfølelsen lar seg imidlertid ikke haste frem i åpenheten, men krever en åpen spørrende

undring (Martinsen, 2021, s. 56) og en nødvendig distanse for at nærhet skal bli mulig (Alvsvåg, 2014). I fase to er det at deltagerne i særlig grad prøver ut om de blir tålt. Denne utprøvingen skjer gjerne i det stille, og der «cluet» kan være taushet.

Kroppsspråket er like illustrerende som det verbale, og beskrives av deltagerne som: «kvalme», «smerter», «kløe» og «pustebesvær». Skam ble et overordnet begrep som inkluderte egne ord eller taushet og formidlet et kroppsspråk som antydte et sammensatt bilde og små hint som det kan være komplisert å tolke. Skam italesettes sjelden som skam (Dearing & Tangney, 2011; Lewis, 1971; Nathanson, 1994; Scheff & Retzinger 1991; Scheff, 1987, 2001; Skårderud, 2001; Tomkins, 1963; Wrumsler, 1981).

Skårderud (2001) peker på at vi trenger et språk om skam. Når man arbeider fenomenologisk med språket, der teksten eller det som sies skal tale på en måte som gir gjenklang, kan kanskje betegnelser som «skamspråket» være lukkende. Ikke minst fordi skamspråket ikke bare er verbalt og taust, men også inkluderer det kroppslige språket. Samtidig som en kategorisering av skamspråk kan være opplysende og gi retning i kliniske møter, kan det også føre til at man taper den utforskende åpenheten, og blir opptatt av om det som uttrykkes kan underlegges eller passer inn i skamkategorien. Urørlighetssonen kan imidlertid krenkes både ved at vi møter den andre med for stor åpenhet, men også om vi møter den andre uten menneskelig åpenhet. Urørlighetssonen skal beskytte, skape en nødvendig avstand og sikre saklighet, men må også ha en bevegelighet i seg (Martinsen, 1990 s. 63). Et sentralt funn i delstudie 2 er at språket må åpne for kompleksiteten fremfor å defineres i rammer som kan hemme at menneskers erfaringer og «clues» kommer til uttrykk. På grunn av skammens mange ulike uttrykk, der kjernen nettopp er det mangfoldige uttrykket, viser funnene i denne studien at skam en følelse som heller ser ut til å motsette seg avgrensede strukturer eller kategorier.

Skamteoretikere som Dearing & Tangney (2011), Gilbert (2017) Kaufman (1996) og Lewis (1971), mener at skam først er bearbeidet når alt er fortalt, eller når alt vil kunne bli fortalt. Samtidig velger flere av deltagerne i studien å unngå skamfølelsen fordi den vekker ubehagelige minner, eller har traumatisk karakter. Det opplevdes skamfullt å snakke om skam, og flere deltagere følte det skamfullt å skamme seg. For mange betydde det å skjule skam bak masker, slik også mange psykologiske teorier og forskning om skam beskriver (Nathanson, 1994; Tomkins, 1963; Wrumsler, 1981). Skam kan også være selvbevarende, hindre blottstilling og ivareta det uutgrunnelige (Martinsen, 2021). Da trekkes urørlighetssonens grenser seg nært kroppen, og verner mot krenkelser. I klinisk praksis, der møter mellom pasient og sykepleier forutsetter åpenhet, kan tilnærmingen bli tilsvarende

invaderende. Pasientens grenser og urørlighetssone kan bli utydelig, ikke bare for sykepleier, men også for pasienten selv. Som en deltager setter ord på: «hva forventer de egentlig at jeg skal fortelle? Hvor mye er nok til at det hjelper?»

I «giving clues» fasen befinner deltagerne seg i spennet mellom åpenhet og urørlighetssone, de ønsker kontakt, og erkjenner lengselen etter den andre. Da er det avgjørende å bli tatt imot. Når pasienters skam vekker egen skam hos helsepersonell, må også den gjenkjennes og tåles. Nettopp dette blir vanskelig dersom egen skam ikke har blitt jobbet med over tid (Brown, 2011; Gilbert, 2011; Kaufman, 2004; Landany et al. 2011). Til samspillet i pasient-sykepleier relasjonen hører også den etiske skammen og den etiske treklangen. Martinsen (2012) beskriver hvordan oppmerksomhet mot egne grenser også kan bevege sykepleier til sansevarhet, respekt og diskresjon i møte med menneskers urørlighetssone. Og like viktig som at sykepleier oppdager og gjenkjenner skamfølelsen er det at hun spiller på lag med bluferdigheten og respekterer urørlighetssonen (Martinsen, 2012). Det er ikke alt som skal røres ved.

«Giving clues» fasen er den fasen hvor skamfølelsen er størst hos deltagerne. Delstudie 2 viser mangfoldet i hvordan skam kan komme til uttrykk. Begge er særlig sentrale funn med betydning for hvordan pasienter blir møtt og forstått i klinisk praksis.

7.1.3 Å se den andres annerledeshet som forutsetning for relasjon -mellom sansing og forståelse

Gjennom studien formidler deltagerne fornemmelser av at verdigheten står på spill. Flere deltagere beskrev en mangeltilstand eller åpne sår i mellommenneskelige forhold, noe som også omtales av flere andre forskere og filosofer (Kaufman, 1985; Nussbaum, 2006; Tomkins, 1963). Mange klandret seg selv for egen manglende evne til å være nær eller opprettholde tilknytning og tok mye av ansvaret for relasjonelle vanskeligheter. I stedet for å stille spørsmålet: hva skjedde mellom oss? spurte de heller: hva er feil med meg? Det er et sorgfullt, nådeløst spørsmål som klinger sammen med det nådeløse blikket deltagerne hadde på seg selv og samtidig fornemmet fra andre (Sartre, 2018; Scheff & Starrin, 2016). Skamfølelsen er verdighetens motsetning (Lewis, 1971; Kaufmann, 1996), eller som Skårderud (2001) beskriver: en opplevelse av å ikke være *elsk-verdig* (s. 1615). Begge er opplevelser som farger selvopplevelsen. Det er gjennom andre og i relasjonen at skam og verdighet oppstår, påvirkes og kan ivaretas. Samtidig må deltagerne bestemme seg for å våge eller ikke våge sårbarhet, å velge taushet eller åpenhet. Med andre ord, deltagernes

opplevelse av seg selv krever intenst indre arbeid, men er samtidig avhengig av måten de blir tatt imot på.

Relasjonen er utgangspunktet for all sykepleie innen psykisk helsevern (Peplau, 1952), utgjør et «kraftfelt» og er kjernen i sykepleie (Lindström, 2003, s. 38). Det betyr imidlertid ikke at sykepleie *er* relasjon og at kunnskap og metodisk tilnærming er overflødig, men at relasjon er grunnlag for den sykepleien som utføres, og at kunnskapen og behandlingsmetodene som benyttes virker gjennom relasjonen (Brown, 2015; Flückiger et al., 2018). I delstudie 3 søkte vi innsikt ved å se nærmere på relasjonens betingelser. Dette er betingelser vi lever under som mennesker, som gjør relasjonen kompleks og eksistensiell, og som kanskje utfordrer moralfilosofiens noe ideelle tenkning. Det kan handle om det personlige; for eksempel om det finnes *autentiske* sykepleiere (Heidegger, 1965)? Eller om idealisering av realiteter; for eksempel om overtalelse som skjult maktbruk? Eller på hvilke måter handlingsrom gis, om føringer, tid og uklar retning i behandling både når det gjelder pasienter og ansatte. På en måte kan man si at sykepleiere er fanget i normer, i kunnskapstradisjoner og i situasjoner som kan være begrenset til kognitiv aktivitet og kunnskap, og som kanskje ikke i tilstrekkelig grad sammenflettes med sykepleieres forståelse av og sensitivitet for hvilke grunnvilkår som står på spill i spesifikke omsorgssituasjoner. Det at vi er del av konvensjoner og normer er en forutsetning for relasjoner for oss alle, profesjonelle eller ikke. I denne sammenhengen kan det bety at sykepleier befinner seg i spenningen mellom ideal og virkelighet, og i konflikt mellom de to «bør» i den etiske treklang. Og i denne spenningen, i dette som kan bli en konflikt, kan skam vokse. Flere studier antyder sammenhenger mellom skam, moralske verdier og sosiale regler (Gausel et al., 2016; Murphy & Kiffin-Petersen, 2017; Nazarov et al., 2015). Særlig Nazarov et al. (2015) finner sterk sammenheng mellom opplevelsen av moralske overtredelser og opplevelse av skam, og Black et al., (2013) Lewis, (1971) samt Tangney & Dearing (2002) beskriver hvordan skamfulle overtredelser heller fører til tilbaketrekning enn til forsøk på å ordne opp og komme videre. I spesialisthelsetjenesten der det stilles krav til bruk av tid, der det ofte er harde prioriteringer samt ulik forståelse av behandling og profesjonalitet, kan utøvelse av omsorg i pasient-sykepleier relasjonen være utfordrende og heller befinne seg i et spenningsfelt enn i det «kraftfelt» som Lindström (2003, s. 38) beskriver. Faren er at sansevarheten undertrykkes av tidspress (Martinsen, 2012), og blikket registrerer det objektive fremfor å være i vekselvirkning mellom sansing og forståelse (Martinsen, 2000).

Utfordringen i en travel og krevende behandlingshverdag for sykepleier er først å gi rom for pasienten til å våge seg frem med sin fortelling, før man knytter en rekke

behandlingstiltak til relasjonen. I profesjonell sammenheng tenker en ofte at det er behandlingstiltakene som «hjelper», noe som er både fornuftig og kan være riktig. Men samtidig kan en overse at det må være rom for både pasients og sykepleiers personlige ‘jeg’ i situasjonen. Det delstudie 3 peker på, og som er viktig i det relasjonelle rommet for pasient og sykepleiers personlige ‘jeg’, er erkjennelsen av at dette er to forskjellige ‘jeg’. De to er ikke jevnbyrdige – den ene er sykepleier og den andre er pasient – og denne asymmetrien har betydning for behandlingsopplegget blant annet fordi den ene gir hjelp og støtte og den andre mottar det. Det betyr selvsagt ikke at sykepleier også kan påvirkes og oppleve relasjonen som viktig. Men det en ofte ikke er oppmerksom på i møtet mellom pasient og sykepleier er at relasjonen også er rammen der en eksistensiell forskjell mellom de to kommer til uttrykk. Den eksistensielle forskjellen mellom dem betyr at de er i livet på ulike måter og med ulik intensjon, som for eksempel at den ene lever med en depresjon mens den andre behandler den som lever med en depresjon. Denne forskjellen er betingelse for relasjonen. Eksistensiell forskjell, heterogenitet i relasjonen, altså at begge parter ‘jeg’ får plass og kan tre frem, er en forutsetning for kontakt og opplevelsen av samhörighet eller «togetherness» som van den Berg kaller det (van den Berg 1953). Mens van den Berg som filosof observerer dette, ser vi at pasientene i sine beskrivelser av relasjonen til sykepleier uttrykker dette på grunnlag av sine opplevelser. Det betyr for eksempel at et funn i vår studie aktualiserer og tydeliggjør en filosofisk innsikt inn i en bestemt kontekst, som i denne sammenheng er psykisk helse.

Sykepleier, som den profesjonelle, er den som har ansvar for å ivareta relasjonen til pasienten slik at relasjonen er åpen for kontakt og for muligheten for samhörighet. I arbeidet med å ivareta relasjonen er det erkjennelsen av forskjellene mellom de to partene i relasjonen som er betingelse for opplevd kontakt, særlig fra pasientens side, fordi hen er den parten i relasjonen som er eksistensielt avhengig av kontakten. Funn fra delstudie 3 viser at dersom sykepleier og pasient skal møte hverandre i en relasjon som verken er rutine eller teknikk, er begge ‘jeg’ en nødvendig distinkt kvalitet i relasjonen. Det innebærer for eksempel at sykepleier møter hver pasient med interesse og nysgjerrighet, med undring, og kanskje lar sin egen forhåndskunnskap og hens diagnose underordnes i det konkrete møtet. Det betyr ikke at kunnskap og faglighet ikke skal realiseres i behandling, men at pasientens ‘jeg’ her og nå, personers unikhet og forskjellighet fra alle andre, er det viktigste utgangspunktet for behandling. Den distansen som respekten for den andres forskjellighet og ukjente sider gir, er en betingelse for at kontakt og opplevelsen av samhörighet oppleves av pasienten. Samtidig som avstand er nærhetens betingelse, er undringen åpnende for relasjonen. Begge henvender seg til pasienten på en måte som ikke har forutinntatthet, regler, metodikk eller vaner som

første premiss, men som direkte eller indirekte spør: hvordan kan det ha seg? Hva tenker du om ...? Er det mulig at ...?

Erkjennelse av eksistensiell forskjellighet, heterogenitet, den andres 'jeg', er også forutsetningen for at omsorg og behandling blir pasientens eget prosjekt og (gradvis) overtas av pasienten selv. Det er selvsagt ingen regel i mellommenneskelig sammenheng at dersom en gjør slik eller sånn så skjer det eller det. Men det å se at relasjonen er basert på eksistensiell forskjellighet og at dette igjen er grunnlaget for at pasienten kan ta omsorgen for seg selv tilbake, er både et funn i delstudie 3 og en eksistensiell erfaring i møte med mennesker som trenger hjelp over kortere eller lengre tid til å leve sitt liv. En kan også si at både sykepleiers og pasients virkelighetsforståelse (ontologi) og livsidealer (etikk) møtes i relasjonen mellom dem. Et menneskes individuelle frihet befinner seg alltid og uunngåelig innenfor rammen av en gjensidig og eksistensiell avhengighet, men også Løgstrup (2010) setter en grense for vårt etiske ansvar. Vi skal ikke ta over den andres ansvar for seg selv.

Vår måte å se virkeligheten og oss selv på utspiller seg i måten vi møter andre og oss selv på i den konkrete relasjonen. Funn fra delstudie 3 viser at anerkjennelse av forskjellighet er forutsetning for at relasjonen er etisk og ikke tjener andre formål enn relasjonen selv.

7.2 Metodediskusjon

Evaluering av kvalitativ forskning er grunnleggende for forskningskvalitet og utvikling, men mangfoldet i de ulike kvalitative forskningstradisjonene gjør det utfordrende å vurdere kvalitet etter *en* standardisert sjekklister eller *et sett* kriterier. Ifølge Stige et al. (2009) vil en refleksiv dialog rundt evaluering av kvalitativ forskning anerkjenne metodepluralisme og kan bidra til mindre vag (generelle standarder eller metakriterier), rigid (sjekklister) eller metodeisolert (metodelokale kriterier) evaluering (s. 1506). Også van Manen (2014) hevder viktigheten av å la ulike vitenskapelige perspektiver vurdere vitenskapelig kvalitet fra sine egne epistemologiske og ontologiske rammer. I denne studien, hvor vi har anvendt tre ulike analytiske tilnærminger, vil det være naturlig at metodologiske betraktninger også gjenspeiler dette.

I det følgende kapittelet vil jeg først begrunne studiens utvalg og deretter vurdere de ulike delstudiene i lys av de enkelte metodologienes kvalitetskriterier. Til slutt vil jeg løfte frem hvordan disse ulike tilgangene sammen har besvart forskningsspørsmålene.

7.2.1 Begrunnelse for utvalg

Jeg har lyttet til pasienters stemme i denne studien. Menneskers opplevelse av egen sykdom og lidelse, deres relasjon til andre og til seg selv, til samfunnet og den konteksten de står i, mener jeg er grunnleggende og må stå som det sentrale en arbeider med i psykisk helsearbeid.

Med tanke på utvalg er antall deltagere av mer betydning for en GT-studie enn i en fenomenologisk studie. Glaser (1998) er opptatt av metning som i GT-sammenheng betyr at ytterligere intervju mest sannsynlig ikke vil gi nye dimensjoner som er viktig for studien (Artinian et al., 2009). van Manen (1997, 2014) hevder at kvaliteten på studier ikke avhenger av et visst antall deltagere, men heller hvilke konkrete beskrivelser av konkrete opplevelser som har potensiale for å bidra til å forstå et fenomen (van Manen, 2014, s. 353).

I denne studien intervjuet jeg 18 deltagere, hvorav en deltager ble intervjuet to ganger. I GT-studien var det viktig å intervju nok deltagerne og inkludere et teoretisk utvalg fordi det teoretiske utvalget også kunne bidra med metning av den substantive teorien. Også i delstudie 2 synes det som en fordel med et større utvalg. Deltagerne hadde varierte erfaringer med skam, hvilket bidro til at vi fikk innsikt i flere nyanser av fenomenet. Samtidig som noen erfaringer var unike for den enkelte deltager, fant vi også noe allment ved deltageres erfaringer med skam som førte til at vi kunne forene erfaringene i overordnede tema.

I fenomenologisk forskning ser man ikke etter repeterende mønstre, men etter det øyeblikket når en innsikt oppstår (van Manen, 2014). Antall deltagere er ikke relevant i seg

selv for å vurdere kvaliteten av en fenomenologisk studie og tekst. Det som er viktig er hvor rike, konkrete og relevante beskrivelsene er. I en fenomenologisk artikkel er det derfor ofte få eksempler fra det empiriske materialet, men de eksemplene som presenteres utforskes i dybden. van Manen (2014) hevder at for mange eksempler kan føre til grunne og overflatiske refleksjoner. Eksemplene i artikkel 3 ble valgt ut fordi de hadde kvaliteter som kunne synliggjøre det unike i pasient-sykepleier relasjonen, som er fenomenet vi utforsket, og var samtidig gjenkjennelige opplevelser både fra materialet som sådan og fra praksis.

Datamaterialet var rikt. Deltagerne var åpne og våget sårbarhet. Ved å benytte samme empiriske materiale i alle tre delstudiene fikk jeg mulighet til å vise flere aspekt og innsikter fra deltagerne fortellinger. Fra et etisk perspektiv og min egen samvittighet som forsker var det nyttig for studien og ivaretagende overfor deltagerne å ta i bruk datamaterialets potensiale.

7.2.2 Delstudie 1: Grounded theory - Fit, work, relevance (grab), modifiability

I GT vurderes en studies kvalitet ved hjelp av kriteriene «fit», «work», «relevance» («grab») og «modifiability». Disse kriteriene må være oppfylt for at teorien skal få betegnelsen «grounded theory» (GT) (Glaser, 1978, 1998; Lomborg & Kirkevold, 2003). I følge Glaser (1998, s. 18) er «fit» et begrep som refererer til om konseptene som genereres i en GT, beskriver mønstre i dataene. I klassisk GT metodologi blir «fit» kontinuerlig spisset i forskningsprosessen ved konstant sammenligning av nye data med utviklede kategorier. Når en teori har «fit», genereres koder og kategorier systematisk fra empiriske data, ikke av forutinntatte teoretiske begreper eller eksisterende kategorier (Glaser, 1978). Alle kategoriene i denne studien ble utviklet induktivt gjennom systematisk analyse av data. En GT må også fungere («work»). Dette betyr at teorien skal være forutseende og tolke den faktiske atferden til deltakerne innen et substantivt felt (Gibson & Hartman, 2014; Glaser, 1978). En godt utviklet GT er nyttig for praksis, i denne sammenhengen særlig for pasienter og helsepersonell, fordi den gir forståelse for mennesker med depresjon sin situasjon og utfordringer innen et substantivt område. «Relevance» i GT forklarer hvordan deltakerne i forskningsområdet løser hovedproblemet («main concern»). Teorien skal være relevant for deltagerne hvilket viser seg dersom den umiddelbart fremkaller «grab» (gjenkjennelse) hos andre i samme substantivt felt (Gibson & Hartman, 2014; Glaser, 1998). Gjennom det teoretiske utvalget ble teorien prøvd ut i dialog med deltagerne. Jeg fikk da muligheten til å justere og presisere begreper og navn på kategorier.

Glaser og Strauss (1967, s. 42) reserverer seg mot bruken av begreper som sannhet eller validitet, men benytter i stedet kredibilitet, troverdighet og pålitelighet, og hevder at en teori er «real» om den på en korrekt måte beskriver eller korresponderer med virkeligheten. For deltagerne i det teoretiske utvalget virket den foreløpige teorien kjent og gav mening til deres depresjonserfaring. Teorien har også blitt presentert i ulike fora der både helsepersonell og pasienter har deltatt. Gjennomgående tilbakemeldinger har vært at kategoriene og begrepene er gjenkjennelige og belyser og utdyper depresjonsprosessen. Det betyr imidlertid ikke at teorien er ferdig arbeid. Begreper og navn på kategorier kan fortsatt spisses ytterligere (bedre «fit» og «grab»). Ingen fortolkning, heller ikke denne substantive teorien, kan gjøre krav på å være fullstendig “sann”, “nøytral” eller “objektiv”, men vil alltid være farget av den meningsforventningen som styrer fortolkningen og fortolkerens forforståelse (Gadamer, 2010). Å synliggjøre sin forforståelse som forsker er derfor et viktig moment med hensyn til å tilføre forskningen troverdighet og gyldighet. Memo var et viktig arbeidsredskap, i delstudie 1, med tanke på å synliggjøre forforståelse fra studiens begynnelse og gjennom forskningsprosessen.

Det siste vurderingskriteriet, «modifiability», åpner for at teorien kan la seg endre ved å sammenligne nye relevante data med den eksisterende teorien. Dette skal sikre at teorien korrigeres i henhold til endringer i forskningsfeltet: «new data never provides disproof, just an analytical challenge» (Glaser, 1998, s. 19). Studiens «modifiability» kan ikke vurderes av meg i denne avhandlingen. Men dersom noen benytter den substantive teorien «Risking existence» i fremtidig forskning skal det være mulig å sammenligne begreper og kategorier fra denne studien med nye data og eventuelt utvikle teorien videre i tråd med de nye dataene. Glaser (1978, 1999) hevder at for ham er likevel de viktigste kvalitets- og vurderingskriteriene ved «grounded theory» den induktive metoden, den analytiske prosessen (konstant sammenlignende metode) og konseptualisering.

7.2.3 Delstudie 2: Hermeneutisk fenomenologi

Den epistemologiske bakgrunnen for delstudie 2 var hermeneutisk fenomenologi inspirert av van Manen. Den hermeneutiske innstillingen kjennetegnes av en åpenhet for det fenomenet som undersøkes og at forsker forsøker å forstå på fenomenets egne vilkår (Dahlberg & Dahlberg, 2019). Denne åpenheten «involves neither neutrality with respect to content nor the extinction of one's self, but the foreground and appropriation of one's own bias, so that the text can present itself in all its otherness and thus asserts its own truth against one's own fore-meanings» (Gadamer, 1985, s. 268-269). Det Gadamer peker på her er forskers villighet

til aktivt å jobbe for å se eller åpne for annerledesheten som teksten, eller datamaterialet, viser. Fordi jeg var fortrolig med både feltet og temaene var en rekke forhold kjente for meg. Et eksempel er innsikten jeg har, basert på både egen erfaring og tidligere forskning, at depresjon kan innebære symptom som konsentrasjonsvansker, skyldfølelse og tiltaksløshet og at skamfølelsen kan være skjult bak andre følelser og uttrykk (Gilbert, 2017; Nathanson, 1992). Som i delstudie 1, har jeg fra studiens begynnelse og gjennom forskningsprosessen beskrevet forforståelse og reflektert over de valg som er gjort i studiens løp gjennom for eksempel å stille meg spørsmålene: Hva er det som gjør at jeg forstår på den måten jeg gjør? Hva er det med mine erfaringer og følelser som kan prege måten jeg forstår på? Gyldighet og troverdighet i en fenomenologisk studie vil ifølge Dahlberg og Dahlberg (2019) først og fremst innebære at forsker, gjennom aktiv refleksjon, forsøker å forstå hva datamaterialet betyr og hvilken mening som ligger i beskrivelsene, uten å ta det for gitt. Dessuten er hele forskningsprosessen av betydning for å vurdere kvaliteten av en studie: valg av metode, gjennomføring av intervju og analyse samt transparens i forskningsprosessen.

I delstudie 2 utforskes fenomenet skam på bakgrunn av intervju med mennesker som er deprimert. Depresjon og skam har tilsynelatende flere felles trekk enn det som skiller dem. Det åpenbare skillet er at depresjon er en diagnose, mens skam er ikke det. I denne studien kunne en videre utforskning og sammenligning av disse åpne muligheten for tolkninger som enda bedre fikk frem nyanseringer og presiseringer, likheter og forskjeller, og dermed det invariante ved fenomenet skam. Den analytiske tilnærmingen og resultatet i delstudie 2 har særlig svakheten, at skillet, presiseringen og nyanseforskjeller ved depresjon og skam ikke kom tydelig nok frem.

Delstudie 2 bidrar likevel til å vise mange variasjoner og uttrykk av levd erfaring av skam. Variasjonene ligger også til grunn for å få tak i de betydningene av fenomenet som ikke varierer. De overordnede funnene fra studien viser hvordan kroppen lever skamfølelsen i møte med den andre, og at deltagerne strever etter tilhørighet. Det vesenstrekket som trer frem gjennom analysen, og som kan gi en dypere forståelse av variasjonene av skam, er særlig at skam alltid og uunngåelig er et relasjonelt fenomen. Uten relasjon, ingen skam. Det relasjonelle aspektet er kanskje også det som skiller depresjon tydeligst fra skam. Depresjon kan selvsagt oppstå med bakgrunn i årsaker som kan knyttes til relasjon, men ikke alltid og ikke uunngåelig.

7.2.4 Delstudie 3: Praksisens fenomenologi

Not all qualitative research inspired by phenomenology is phenomenology. Pointedly, one must ask whether a study that makes claims to phenomenology actually practices the method of the epoche and the reduction implicitly or explicitly in philosophically appropriate or valid manner. It should be acknowledged that the various qualitative research methods that are inspired by phenomenology may be undeniably important and relevant and yet are not to be confused with genuine phenomenological methods and phenomenological research approaches. (van Manen, 2017a: 777)

Dette sitatet ble en åpning mot delstudie 3. Jeg erkjente at den analytiske fremgangsmåten i delstudie 2 ikke kunne kalles fenomenologisk slik man forstår det i Utrecht-tradisjonen. Hensikten med fenomenologisk forskning er, med van Manens ord, ikke å beskrive det faktisk empiriske, men å utforske eksistensielle meningsstrukturer som trer frem i en kultur eller situasjon. Teksten skal være åpen og undrende og løfte frem det allmenne i det partikulære, altså det som intersubjektiv forståelse og innsikt kan gjenkjenne som meningsfullt i den enkelte subjektive opplevelse. van Manen (2014, s. 355-356) spør i hvilken grad en studie har gitt en særegen innsikt som går utover den tatt-for-gitte forståelsen innen fagfeltet og om studien gir en intuitiv forståelse av mening som vekker og tiltaler leserens egen erfaring av å være i verden, og samtidig skaper en dypere innsikt i det fenomen og det liv som teksten peker mot. Samlet kan man si med van Manen (2014) at «the validity of a phenomenological study has to be sought in the appraisal of the originality of insights and the soundness of interpretive processes demonstrated in the study» (s. 348).

Praksisens fenomenologi og metode, slik den utlegges av van Manen, er ikke konkretisert i en spesifisert lineær prosedyre, men omfatter de ulike aspektene ved epoche og reduksjon, den vokative dimensjonen og faglig og forskningsmessig kultivering gjennom fenomenologisk filosofi. Konkret handler dette om å skrive og å re-skrive, dvele ved og undre over fenomenet lenge nok til å se det som det er (Sævi, 2019). Først i den endelige teksten kan epoche, reduksjon og de filologiske metodene gjenkjennes. I sin artikkel *From meaning to method* (van Manen 1997) beskriver van Manen hvordan fenomenologiske tekster kan forstås metodologisk og metodisk ved å bruke sluttresultatet som utgangspunkt. Den metodiske kvaliteten i en fenomenologisk tekst er først synlig og kan bli gjenstand for kvalifisert vurdering etter at teksten er skrevet. I fenomenologi ligger validitet og resultat i tekstens helhet mer enn i avsluttende funn og konklusjoner. Det er helt klart en annen og til dels motsatt tilnærming enn de fleste andre metodiske tilnærminger.

Manglende metodisk stringens har vært, og er, en av hovedkritikkene rettet mot fenomenologisk forskning generelt (Norlyk & Harder, 2010; Paley, 2017). van Manens tilnærming har blitt kritisert for ikke å ha et sett med prosedyrer eller eksplisitte analysetrinn, og fordi det analytiske arbeidet vanskelig kan følges av andre (Crotty, 1996; Paley, 2017). Norlyk og Harder (2010) og Zahavi (2019) hevder at uspesifikke metodiske trinn kan være en trussel mot den vitenskapelige kvaliteten og advarer mot en for fleksibel og åpen fenomenologisk analyse. van Manen (1990, 2014, 2019) på sin side er ikke uenig i viktigheten av vitenskapelig troverdighet og refleksivitet i analysearbeidet, og viser til flere kriterier som må følges dersom en studie skal kvalifisere som både fenomenologi og som vitenskap. Han presenterer ni ulike former for reduksjon og drøfter og skiller mellom flere metodiske og heuristiske trekk (van Manen, 2014, s. 240–296, 344). Dette er helt klart komplisert og krevende, noe jeg selv fikk kjenne gjennom analysen av datamaterialet.

Drivkraften bak å lære praksisens fenomenologi var en antagelse om at denne tilnærmingen kunne gi en dybde og innsikt til deltagerens fortellinger om pasient-sykepleier relasjon som jeg ikke ville få frem ved å benytte GT. Som Sævi (2019) skriver handler ikke dette om å stirre dypt inn i ting for å oppdage mystiske eller skjulte kvaliteter, men er et realistisk prosjekt som relaterer til saken selv eller «the isness of the phenomenon» (van Manen, 2014, s. 27). Sævi (2019) henviser til den britiske forfatteren C.S. Lewis som åpner for innsikt om hvordan vi faktisk ser det vi ser. Han skriver:

The whole point of seeing through something is to see something through it. It is good that the window should be transparent, because the street or garden beyond is opaque. How if you saw through the garden too? It is no use trying “to see through” first principles. If you see through everything, then everything is transparent. But a wholly transparent world is an invisible world. To see through all things is the same as not to see. (Lewis, 1986, s. 48, sitert i Sævi, 2019, s. 3)

En oppdagelse i møte med praksisens fenomenologi var nettopp dette, at jeg ikke kan henvende meg til fenomenet alene, men at jeg også må la fenomenet henvende seg til meg. I det jeg lot deltagerens levde opplevelse tale til meg, åpnet det seg glimt av innsikt som jeg kunne arbeide videre med gjennom å lese og skrive. Som van Manen skriver: «to write is to measure the depth of things, as well as to come to a sense of one’s own depths» (van Manen, 1997, s. 127).

Det er likevel med praksisens fenomenologi, som med andre kvalitative metoder, at

både den analytiske prosessen, beskrivelser og tolkning er eksempler på måter fenomenet kan utforskes på, og som alltid kan utvikles videre. Et fenomen er aldri uttømmende utforsket, selv ikke av den aller beste fenomenolog, og vil aldri kunne fravristes alle sine kvaliteter eller være i noen forskers kontroll.

7.2.5 Tre metodologier og ett datamateriale

Dahlberg og Dahlberg (2019, s. 183) hevder, i liket med Morse (1991), at triangulering av metoder og åpenhet for metodologisk mangfold innen rammen av en studie kan være nødvendig. Det er fenomenenes egenart og sammenheng som skal avgjøre metode, sammen med forskningens hensikt og problemstillinger (Dahlberg & Dahlberg, 2019).

Fremgangsmåten i denne avhandlingen var det Morse (1991) benevner som «sekvensiell triangulering». Tre ulike metodologiske tilnærminger adresserte forskningsspørsmålene i delstudie 1, delstudie 2 og delstudie 3. Funnene i GT-studien (delstudie 1) var avgjørende for hvorfor vi valgte en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming i delstudie 2. I sin tur var resultatene fra begge delstudiene avgjørende for valg av tema og metodisk tilnærming i delstudie 3. Vi lot oss altså informere av de funn analysene gav i hver studie før vi utformet neste.

Sammenstilling av metodologier og å benytte ulike kvalitative tilnærminger på ett og samme datamateriale er en etablert mulighet og åpner for dypere eller større forståelse, men kan samtidig by på utfordringer. Ruggiano & Perry (2019) trekker særlig frem forskers manglende mulighet til strengt å følge aktuelle metodiske retningslinjer i sekundære analyser. Denne kritikken får støtte hos Wilson og Hutchinson (1991). Wilson og Hutchinson (1991) benyttet hermeneutisk fenomenologi og GT i to forskjellige faser i samme studie. De hevdet at dette gjorde det mulig å «snu prismet» for å perspektivere fenomenet, og at denne utformingen ga en nødvendig bredde og dybde (Wilson & Hutchinson 1991, s. 274). De la imidlertid også vekt på at når begge tilnærminger benyttes i en studie må man opprettholde den metodologiske integriteten til hver tilnærming, ikke bare gjennom separat datainnsamling, men også gjennom bruk av forskjellige intervjustiler og dataanalyseprosesser (Wilson & Hutchinson, 1991).

Intervjustilen i GT er åpen og undrende og i hovedsak i tråd med fenomenologiske studier som søker levd erfaring. Det er imidlertid en strategi som skiller GT-intervju fra andre kvalitative dybdeintervju: det teoretiske utvalget som kommer til underveis og som har til hensikt å bidra til metning av den fremvoksende teorien. Det teoretiske utvalget ble intervjuet på lik linje med de andre deltagerne, bortsett fra at de fikk spørsmål om å kommentere

foreløpige funn. Det som skilte disse deltagerne fra de andre var at de hadde hatt lengre tid på å bearbeide og å tenke over både erfaringer med depresjon, skam og relasjon. For tre av deltagerne i det teoretiske utvalget var depresjonen også noe de stadig var i berøring med, og for alle fem en lidelse de fryktet skulle vende tilbake, men som de hadde funnet en måte å leve med. Det teoretiske utvalget kunne bekrefte at de kjente seg igjen i den substantive teorien samt at de, med sine stemmer, bidro til en rikere forståelse av fenomenene som var under utforskning. Med andre ord så opplevde jeg ikke at intervjuene og datamaterialet fra det teoretiske utvalget var i disharmoni eller skilte seg spesielt ut med tanke på de andre studiedeltagerne.

På tidspunktet da intervjuguiden ble utarbeidet hadde jeg ingen erfaring som forsker innen praksisens fenomenologi og dermed heller ikke hvordan jeg kunne gjenkalle pre-reflektive opplevelser ved å spørre til denne spesielle opplevelsen i samtalen om fenomenet (eller mer presist i forskers utforskning av fenomenet). Denne manglende erfaringen viste seg i intervjusituasjoner, særlig der deltagerne fortalte om erfaringer knyttet til en bestemt episode. Her kunne jeg hjulpet hen tilbake til opplevelsen ved å stille oppfølgende og mer retningsgivende spørsmål, - mot for eksempel den faktiske opplevelsen av den bestemte situasjonen der fenomenet på en eller annen måte utspilte seg. Intervjuene ble imidlertid lest av erfarne fenomenologer (Martinsen, Blystad og Sævi), som mente at intervjuspørsmål som refererte til levd erfaring, gav hverdagslige, nære eksempler som likevel egnet seg for fenomenologisk utforskning slik det kommer frem i artikkel 2 og 3, og gav meningsfylte beskrivelser av skam og opplevelser med pasient-sykepleier relasjon.

Sekundæranalyse skjer innenfor rammen av det primære datamaterialet (Ruggiano & Perry, 2019). Det fordret, i denne sammenhengen, at datamaterialet var rikt nok til at analysen i delstudie 2 og 3 kunne bidra med den innsikt og forståelse vi var ute etter. Begge delstudiene ble vurdert individuelt med hensyn til dette kriteriet. Vi fant at datamaterialet var rikt. En svakhet var likevel at jeg ved sekundæranalyse, særlig i delstudie 3, ikke kunne følge intervjuspesifikke kvaliteter tilhørende praksisens fenomenologi.

Å anvende tre metodiske tilnærminger i samme studie innenfor en viss tidsramme må nødvendigvis også føre til begrenset dybdekunnskap om de ulike tilnærmingene. Samtidig har ulikhetene ved metodologiene også gitt innsikter som har vært nyttige og berikende. Gjennom kapitlene om metodologiske perspektiver og forskningsprosessen blir forskjellene mellom metodologiene tydeliggjort. Disse forskjellene har også vist seg i de tre artiklene der funnene er presentert på de metodisk særegne måtene. I delstudie 1 ble deltagerens fortellinger fremstilt i form av en substantiv teori: *Risking existence*, som beskriver en

prosess som viser hvordan mennesker håndterer å være deprimert. GT bidrar med et teoretisk rammeverk som konseptuelt forklarer grunnleggende sosiale prosesser, og gir dermed en oversikt som kan være nyttig for planlegging av intervensjoner og videre forskning, og som ikke minst kan gi gjenkjennelse og kanskje håp for mennesker som opplever å være deprimert. Skamfølelsen viste seg særlig relevant i fase to, «Giving clues». I delstudie 2 synliggjøres både nyanser av, og mangfoldet i hvordan skamfølelsen kan erfares, og hvordan skam kan stå i veien for nære relasjoner til andre. Både depresjon og skam skaper således distanse til andre mennesker og en ensomhet som ikke avhenger av om der er andre i nærheten, men som også er en ensomhet i forhold til seg selv. Ensomheten er blant annet knyttet til den fundamentale forskjellen, at jeg er syk og du er frisk. Dette er en forskjell som ikke bare har konsekvenser, for eksempel for rollene som profesjonell og pasient, men først og fremst for deres eksistens som mennesker i verden. I delstudie 3 utforsket vi pasienters opplevelse av relasjonen til sykepleier ut fra eksistensielle betingelser, slik de uttrykkes i møter de beskriver på ulike måter. Praksisens fenomenologi kan informere måten vi tenker om praksis, men er først og fremst en fenomenologisk-filosofisk metode som gjennom å utforske et fenomen stiller spørsmål til praksis, fremfor å forklare, svare på eller trekke bestemte konklusjoner om praksis (van Manen, 2014).

Anells (2006, s. 61) kaller det en «revolusjonerende mulighet» når man benytte ulike metodologiske og metodiske tilnæringer til ett sett datamateriale. Når jeg nå har arbeidet meg gjennom denne prosessen mener jeg at fordelene ved å gjennomføre et prosjekt ved støtte av ulike metodiske tilnæringer veier mer enn ulempene, eller kanskje heller dilemmaene det medfører vitenskapsteoretisk og praktisk. Hver av de tre tilnærningene har sin egen integritet, samt egne muligheter og begrensninger. Brukt i kombinasjon for å analysere det samme datamaterialet, har de tre metodene, ut fra min vurdering, gitt en rikere innsikt i det empiriske materialet og kanskje også det en kan kalle en mer helhetlig forståelse for hvordan det er å være menneske og erfare depresjon og skam, og på denne basis utforske fenomenet «relasjonen mellom pasient og sykepleier».

Ifølge Denzin og Lincoln (2000, s. 1061) beveger kvalitativ forskning seg inn i et «syvende øyeblikk» som rommer det de kaller «plural bricoleurs». Her er metodologisk kreativitet ikke noe en gjør for å variere, men det er en nødvendig kvalitet for å forbedre og utforske mulighetene i kvalitativ forskning.

8. Konklusjon, implikasjoner for praksis og videre forskning

Å se, skriver Martinsen «dreier seg om å kunne se åpent og liketil på den ene siden og faglig utforskende og vurderende på den andre, eller å se uforbeholdent og mottakende og samtidig nytt og utvidet. Hele tiden ut fra det mysterium at det er alltid er «noe mer» (2000, s. 10). I denne avhandlingen betyr det at jeg nærmer meg studiens funn, både slik de trer frem, men også ut over det og inn i en fornemmelse av «noe mer» som ikke helt lar seg forklare eller forstå. «I forskningen ligger det et krav om å sprengte den andres innesperring og få hans blikk til å runde en vid horisont, og gjøre hans verden så rommelig som mulig» sa Martinsen i sin tiltredelsesforelesning på Institutt for Sykepleie ved Aarhus Universitet i 1991. Ordene er like gyldige i dag, og uttrykker samtidig mitt motiv og min tilnærming til forskning om depresjon, skam og relasjon.

Ut fra erfaringene med studien er det viktig og interessant å omsette funn fra den substantive teorien, og innsikt som tolkninger av pasientenes erfaringer og opplevelser gir, til klinisk praksis. Det er generelt viktig med forskning der pasientens stemme løftes frem, når det gjelder depresjon og skam og sammenhengen mellom dem. Særlig er forskning relatert til skam betydningsfullt, fordi det finnes lite kontekstspesifikk forskning på dette fenomenet. Den komplekse sammenhengen mellom opplevelsen av depresjon, skam og relasjon er avgjørende tematikker i humanistisk forskning innenfor feltet, her er både pasientens og den profesjonelles stemmer viktige utgangspunkt.

Metodologisk ser jeg betydningen av å utforske hvordan sekvensiell triangulering vil kunne anvendes med tanke på andre lidelser og fenomen innen psykisk helse. Tre ulike metodologier, innfallsvinkler og måter å forstå et datamateriale på kan gi mer bredde og kanskje også mer dybde, og kanskje gi et større bilde av det som undersøkes.

Innledningsvis siterte jeg den amerikanske forfatteren David Foster Wallaces lignelse om fiskene (se s. 9). Wallaces poeng, slik jeg forstår ham, er at de mest åpenbare realitetene ofte er de som er vanskeligst å se og snakke om. Lignelsen ble skrevet som del av en tale til avslutningskullet ved Kenyon College i 2005. Wallaces poeng er også en viktig påminnelse til oss som arbeider innen psykisk helse om å orienter oss mot det vi har en tendens til å ta for gitt; det som omgir oss som virkelighet, og som fremtrer som selvfølgelig og dermed vanskelig å se i den praksis vi forsøker å forbedre. Talen ble til en av Wallace (2005) mest leste bøker *This is water*. Han konkluderer:

It is about the real value of a real education, which has nothing to do with grades or degrees and everything to do with simple awareness - awareness of what is so real and

essential, so hidden in plain sight all around us, all the time, that we have to keep reminding ourselves over and over: This is water. This is water. (s. 131-133)

Denne studien bidrar med innsikt i levde erfaringer med depresjon, skam og relasjon mellom pasient og sykepleier. Innsikten er viktig for deltagerne selv, og for familie og venner, men i denne sammenheng er mitt fokus først og fremst på profesjonelle som jobber innen psykisk helsearbeid. Studien løfter frem at depresjon og skam, slik det oppleves av deltagerne, er relasjonelle fenomen og en fundamental relasjonell erfaring, som samtidig innebærer ensomhet. De to første fasene i den substantive teorien: «Ungraspable processing» og «Giving clues», gjør særlig oppmerksom på dette. Utfordringen er hvordan en som helsepersonell kan bidra til å gjøre det relasjonelle rommet og dermed behandlingsrommet åpnere for skammens og lidelsens uttrykk – også det kroppslige og det tause uttrykket. Studien peker på en eksistensiell forståelse av depresjon og skam og viser at alminnelige og eksistensielle anliggender er sentrale for deltagerens liv og opplevelse, og for at møtet med sykepleier og andre profesjonelle skal oppleves helende og meningsfullt. Det at helsepersonell ser og er interessert i hvordan lidelsen erfares er av stor betydning for deltagerens opplevelse av tilhørighet og kontakt. Opprettholdelse av den andres annerledeshet er en forutsetning for at omsorgen for mennesker kan gis tilbake til mennesket selv: til et jeg og ikke til en pasientrolle. Omsorg i denne sammenhengen betyr å bry seg nok om den andre til å se og hjelpe frem pasienten som person i det profesjonelle møtet. Deltagerne uttrykker for eksempel at det er befriende å møte seg selv gjennom den andres ekte interesse for hvem hen er. Relasjonen kan altså ikke fullt ut planlegges eller være på verken den ene eller den andres premisser, men må ha et potensiale av åpenhet og risiko mot det eksistensielle og sårbare.

Menneskers avhengighet og utleverthet til hverandre er ontologiske grunnvilkår, også i profesjonelle relasjoner, og sykepleier kan være så viktig at hun eller han har mulighet for å bli et vendepunkt i et annet menneskes liv og lidelse.

Referanser

- Aarre, T. F. & Larsen, K. Ø. (2017). Kva klinisk nytte har me av dagens psykiatriske Diagnosar - og kva er alternativet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(01), 4-15.
- Aarre, T. (2011). *Fem prinsipper for godt psykisk helsearbeid*. Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 8(2), 164-169. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2011-02-08>
- Andersen, A.J.W., Bøe, T.D., Fodstad, H., Ibabao, V.A., Krogsæter, O. & Norvoll, R. (2008). *Vi bærer psykisk helsearbeid videre*. Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 5(2), 98–103. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-01>
- Andersen, A. J. W. (2006). *Psykisk helsearbeid—alltid underveis*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 3(4), 308-309. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2006-04-01>
- Adams, C. & van Manen, M. (2017). Teaching phenomenological research and writing. *Qualitative Health Research*, 27(6), 780-791. <https://doi.org/10.1177%2F1049732317698960>
- Age, L-J. (2011). Grounded theory methodology: Positivism, hermeneutics, and pragmatism. *The Qualitative Report*, 16(6), 1599-1615. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2011.1319>
- Allan, J. & Dixon, A. (2009). Older women's experiences of depression: A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 865-873. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01465.x>
- Allsopp, K., Read, J., Corcoran, R. & Kinderman, P. (2019). Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Research*, 279, 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.005>
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2017). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research*. Sage.
- Alvsvåg, H. (2000). Menneskesynet – Fra kroppsfenomenologi til skapelsesfenomenologi. I H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Red.) *Omsorgstenkning - en innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (s. 19-37). Fagbokforlaget.
- Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen*. Akribe.
- Alvsvåg, H. (2014). Mellomrommet – forutsetning for relasjon og dialog. I H. Alvsvåg, O. Førland & F. F. Jacobsen (Red.) *Rom for omsorg?* (s. 127-145). Fagbokforlaget.
- Alvsvåg, H. & Martinsen, K. M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 215-222. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>

- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X. & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 57. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ccp0000060>
- Andersson, C. (1970). *Bli, tillsammans*. Söderströms.
- Annells, M. (1996). Hermeneutic phenomenology: Philosophical perspectives and current use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 705-713. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb00041.x>
- Annells, M. (1999). Evaluating phenomenology: usefulness, quality and philosophical foundations. *Nurse Researcher*, 6(3), 5-19.
- Annells, M. (2006). Triangulation of qualitative approaches: Hermeneutical phenomenology and grounded theory. *Journal of Advanced Nursing*, 56(1), 55-61. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03979.x>
- Angel, S. (2019). Adgangen til den andres livsverden. I H. Dahlberg, S. Ellingsen, B. Martinsen & S. Rosberg (Red.), *Fenomenologi i Praktiken – Fenomenologisk forskning i et skandinavisk perspektiv* (s. 73 - 86). Liber.
- Aristoteles. (2006). *Retorikken* (T. Eide, Overs.). Vidarforlaget.
- Arman, M. (2015). Lidande. I L. - W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2. utg.) Studentlitteratur. (s. 185-196).
- Artinian B. M., Giske, T. & Cone P. H. (2009). *Glaserian Grounded Theory in nursing research: Trusting emergence*. Springer Publishing Company
- Ashcroft, R., Menear, M., Greenblatt, A., Silveira, J., Dahrouge, S., Sunderji, N., Emode, M., Booton, J., Muchenje, M., Cooper, R., Haughton, A. & McKenzie, K. (2021). Patient perspectives on quality of care for depression and anxiety in primary health care teams: A qualitative study. *Health Expectations*, 24(4), 1168-1177. <https://doi.org/10.1111/hex.13242>
- Aubry, C., Rider, A., Russell, S., Moyer, S. & Kinser, P. A. (2021). “I’m not the only one with depression”: Women's perceptions of in-person group formats of depressive symptom interventions. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 35(1), 37-45. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000530>
- Austad, A., Stifoss-Hanssen, H., Borge, L. & Rykkje, L. (2020). Innledning: Det eksistensielle. *Eksistensielle begreper i helse-og sosialfaglig praksis*. <https://doi.org/10.18261/9788215035697-2020-01>
- Baker, C., Wuest, J. & Stern, P. N. (1992). Method slurring: The grounded theory/phenomenology example. *Journal of Advanced Nursing*, 17(11), 1355-1360. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01859.x>
- Bhattacharya, P. (2020). “And now I know how you feel . . .”: Lived experience of surviving

- mental illness as a prosumer. *Psychological Services*, 19(1), 19-20.
<https://doi.org/10.1037/ser0000484>
- Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R. & Gallo, J. J. (2006). A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(6), S329–S339. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.6.S329>
- Batstra, L. & Frances, A. (2012). Diagnostic inflation: causes and a suggested cure. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(6), 474-479.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318257c4a2>
- Benner, P. E. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Addison-Wesley.
- Bibelen. (2011). Det Norske Bibelselskap.
- Black, R. S., Curran, D. & Dyer, K. F. (2013). The impact of shame on the therapeutic alliance and intimate relationships. *Journal of clinical psychology*, 69(6), 646-654.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21959>
- Blumer H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Prentice-Hall.
- Bond, K. S., Cottrill, F. A., Blee, F. L., Kelly, C. M., Kitchener, B. A. & Jorm, A. F. (2019). Offering mental health first aid to a person with depression: a Delphi study to re-develop the guidelines published in 2008. *BMC Psychology*, 7(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s40359-019-0310-3>
- Bowden, G., Holttum, S., Shankar, R., Cooke, A. & Kinderman, P. (Red.). (2020). *Understanding Depression: Why adults experience depression and what can help*. The British Psychological Society. <https://www.bps.org.uk>
- Bratbergsengen, K. (2019, 29. november). Entitet (databaser). I *Store norske leksikon*.
https://snl.no/entitet_-_databaser
- Brinkmann, S., Petersen, A., Kofod, E. H. & Birk, R. (2014). Diagnosekultur – et analytisk perspektiv på psykiatriske diagnoser i samtiden. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(9), 692-697.
- Bromley, E., Kennedy, D. P., Miranda, J., Sherbourne, C. D. & Wells, K. B. (2016). The fracture of relational space in depression: Predicaments in primary care help seeking. *Current anthropology*, 57(5), 610-631. <https://doi.org/10.1086/688506>
- Brown, B. (2006). Shame resilience theory: A grounded theory study on women and shame. *Families in Society*, 87(1), 43-52. <https://doi.org/10.1606%2F1044-3894.348>
- Brown, J. (2015). Specific techniques vs. common factors? Psychotherapy integration and its role in ethical practice. *American Journal of Psychotherapy*, 69(3), 301-316.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.3.301>

- Bryant, A. & Charmaz, K. (Red.). (2007). *The Sage handbook of grounded theory*. Sage.
- Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A. & Chew-Graham, C. (2006). 'Justifiable depression': How primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family Practice*, 23(3), 369–377.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmi115>
- Bygstad-Landro, M. (2010). "Ha det ene øyet vendt innover, det andre utover" Sykepleiers erfaringer om skam i relasjon til psykiatriske pasienter [Mastergradsoppgave]. Høgskolen i Hedmark & Høgskolen i Vestfold.
- Bygstad-Landro, M., Giske, T., Blystad, A., & Martinsen, K. (2021). «Skammen slår beina under meg»—om hvordan mennesker med depresjon erfarer skam. *Nordisk sygeplejeforskning*, 11(2), 155-166.
<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2021-02-06>
- Bøe, D.T. & Thomassen, A. (2018). *Psykisk helsearbeid: å skape rom for hverandre*. Universitetsforlaget
- Callow, T. J., Moffitt, R. L. & Neumann, D. L. (2021). External shame and its association with depression and anxiety: The moderating role of self-compassion. *Australian Psychologist*, 56(1), 70-80. <https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1890984>
- Carrera, S. G. & Wei, M. (2017). Thwarted belongingness, perceived burdensomeness, and depression among asian americans: A longitudinal study of interpersonal shame as a mediator and perfectionistic family discrepancy as a moderator. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 280–291. <https://doi.org/10.1037/cou0000199>
- Cooley, C. H. (1922). *Human nature and the social order* (Rev. utg.). Scribner.
- Corcoran, J., Brown, E., Davis, M., Pineda, M., Kadolph, J. & Bell, H. (2013). Depression in older adults: A meta-synthesis. *Journal of Gerontological Social Work*, 56(6), 509–534. <https://doi.org/10.1080/01634372.2013.811144>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G. & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W. & Nieweglowski, K. (2019). Difference as an indicator of the self-stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 30(4), 417-423.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581351>
- Cosgrove, L., Troeger, R. & Karter, J. M. (2020). "Do antidepressants work?" A humanistic perspective on a long-standing and contentious debate. *The Humanistic Psychologist*, 48(3), 221–231. <https://doi.org/10.1037/hum0000154>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4. utg.). SAGE Publications.
- Crotty, M. (1996). *Phenomenology and nursing research*. Churchill Livingstone.

- Cuijpers, P. (2017) Four Decades of Outcome Research on Psychotherapies for Adult Depression: An Overview of a Series of Meta-Analyses. *Canadian Psychology* 58: 7-19. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>
- Dahl, A. A. (2020). Hva er psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 8-13). Gyldendal akademisk.
- Dahl, A. A. (2020). Psykiske lidelser – teoretiske forståelsesmodeller. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.14-23). Gyldendal akademisk.
- Dahl, A. A. (2020). Psykiatriske klassifikasjonssystemer. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 98-99). Gyldendal akademisk.
- Dahlberg, K. (2019). Den fenomenologiska livsvarlden. I H. Dahlberg, S. Ellingsen, B. Martinsen & S. Rosberg (Red.), *Fenomenologi i Praktiken – Fenomenologisk forskning i et skandinavisk perspektiv* (s. 28 - 49). Liber.
- Dahlberg, H. (2019). Til frågan om beskrivning eller tolkning, eller; Behøver vi filosofin i den kvalitative forskningen? I H. Dahlberg, S. Ellingsen, B. Martinsen & S. Rosberg (Red.), *Fenomenologi i Praktiken – Fenomenologisk forskning i et skandinavisk perspektiv* (s. 53 - 73). Liber.
- Dahlberg, K. & Dahlberg, H. (2019). Den fenomenologiska forskningens evidensanspråk. I H. Dahlberg, S. Ellingsen, B. Martinsen & S. Rosberg (Red.), *Fenomenologi i Praktiken – Fenomenologisk forskning i et skandinavisk perspektiv* (s. 155 - 189). Liber.
- Danielsson, L. & Rosberg, S. (2015). Depression embodied: an ambiguous striving against fading. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 501-509. <https://doi.org/10.1111/scs.12182>
- Davies, J. (2016). *Sammenbrudd: Hvorfor psykiatri gjør mer skade enn gagn*. Abstrakt forlag.
- Dearing, R. L. & Tangney, J. P. E. (2011). *Shame in the therapy hour*. American Psychological Association.
- Delmar, C. (2006). The phenomenology of life phenomena - in a nursing context. *Nursing Philosophy*, 7(4), 235-246. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2006.00282.x>
- Delmar, C. (2018). Omsorg og ansvar to sider af same sag. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 322-329. <https://doi.org/10.18261/1ssn.2387-5984-2018-03-15>
- Delmar, C. (2019). At tenke med fenomenologi i forskning: tyding, indfald og forudindtagethed. I H. Dahlberg, S. Ellingsen, B. Martinsen & S. Rosberg (Red.), *Fenomenologi i Praktiken - Fenomenologisk forskning i et skandinavisk perspektiv* (s. 136-154). Liber.

- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2000). *Handbook of Qualitative Research* (2. utg.) Sage.
- Deonna, J. A., Rodogno, R. & Teroni, F. (2012). *In defense of shame: The faces of an emotion*. Oxford University Press.
- Detke, M. J., Lu, Y., Goldstein, D. J., Hayes, J. R. & Demitrack, M. A. (2002). Duloxetine, 60 mg once daily, for major depressive disorder: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(4), 308-315.
<https://doi.org/10.4088/jcp.v63n0407>
- Dewey, J. (1938/2015). *Experience and education*. Free Press.
- Dolezal, L. (2015). The phenomenology of shame in the clinical encounter. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18(4), 567-576. <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9654-5>
- Dorahy, M. J., Corry, M., Black, R., Matheson, L., Coles, H., Curran, D. & Dyer, K. F. (2017). Shame, dissociation, and complex PTSD symptoms in traumatized psychiatric and control groups: Direct and indirect associations with relationship distress. *Journal of Clinical Psychology*, 73(4), 439-448. <https://doi.org/10.1002/jclp.22339>
- Drożdżowicz, A. (2020). Increasing the role of phenomenology in psychiatric diagnosis – The clinical staging approach. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 45(6), 683-702.
<https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa022>
- Duffy, A., Malhi, G. S., & Carlson, G. A. (2018). The challenge of psychiatric diagnosis: Looking beyond the symptoms to the company that they keep [Editorial]. *Bipolar Disorders*, 20(5), 410–413. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1111/bdi.12686>
- Dåvøy, G. & Martinsen, K. (2014). Skam på godt og vondt. I H. Alvsvåg, O. Førland & F. F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (s. x-x). Fagbokforlaget.
- Ebert, A. & Bar, K.-J. (2010). Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(2), 191-192.
<https://doi.org/10.4103/0019-5545.64591>
- Ekeland, T.-J. (2014). Psykiatridiagnoser – ein kunnskapskritikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(9), 715-722.
- Ekeland, T.-J. (2021). Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform. *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*.
- Eldal, K., Veseth, M., Natvik, E., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D. & Moltu, C. (2019). Contradictory experiences of safety and shame in inpatient mental health practice – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 791-800.
<https://doi.org/10.1111/scs.12674>
- Erfaringsentrum. (u.å.). Hentet 20. februar 2022 fra <https://erfaringsentrum.no/ofte-stilte-sporsmal/>

- Eriksson, B., & Hummelvoll, J. K. (2015). *Psykisk helsearbeid som fagområde: en fremvoksende disiplin*. Tidsskrift for Bengt Karlsson, vol. TBK. <http://hdl.handle.net/11250/2430550>
- Feely, M., Sines, D. & Long, A. (2007a). Early life experiences and their impact on our understanding of depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(4), 393-402. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01097.x>
- Feely, M., Sines, D. & Long, A. (2007b). Naming of depression: Nursing, social and personal descriptors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 21-32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01035.x>
- Flückiger, C. Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fog, J. (1994). *Med samtalen som utgangspunkt: Det kvalitative forskningsinterview*. Akademisk forlag.
- Frances, A. (2013a). The new crisis of confidence in psychiatric diagnosis. *Annals of Internal Medicine*, 159(10), 221–222. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-10-201311190-00020>
- Frances, A. (2013b). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM–5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. Harper Collins Publishers.
- Fried, E. I. (2017). The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. *Journal of Affective Disorders*, 208, 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.019>
- Fried, E. I. & Nesse, R. M. (2015). Depression sum-scores don't add up: Why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC Medical*, 13, Artikkel 72. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0325-4>
- Friis, S. & P. Vaglum (1999): *Fra idé til prosjekt – en innføring i klinisk forskning*. (2. utg.). Tano Aschehoug.
- Fuchs, T. (2002). The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression. *Journal of Phenomenological Psychology*, 33(2), 223-243. <https://doi.org/10.1163/15691620260622903>
- Fuchs, T. (2005). The phenomenology of body, space and time in depression. *Comprendre*, 15(1), 108-121.
- Førland, O., Alvsvåg, H. & Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 196-214. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-02>
- Gadamer, H. G. (1985). Truth and method. Crossroad.

- Gadamer, H. G. (2010). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (L. Holm-Hansen, Overs.). Pax. (Opprinnelig utgitt 1960).
- Gadamer, H. G. (1970). On the scope and function of hermeneutic reflection. I: Hess & Palmer (1970). *Continuum*, 8, s.77-95.
- Gadamer, H. G (1986). *The relevance of the beautiful and other essays*. Cambridge University Press.
- Gallardo, H. L., Furman, R. & Kulkarni, S. (2009). Explorations of depression: Poetry and narrative in autoethnographic qualitative research. *Qualitative Social Work*, 8(3), 287-304. <https://doi.org/10.1177/1473325009337837>
- Gallagher, H. (1992). *Hermeneutics and education*. State University of New York Press.
- Gausel, N. (2011). The importance of emotions in social work: thematic directions from a national conference. *European Journal of Social Work*, 14(2), 287-291. <https://doi.org/10.1080/13691457.2011.578347>
- Gausel, N., Vignoles, V. L. & Leach, C. W. (2016). Resolving the paradox of shame: Differentiating among specific appraisal-feeling combinations explains pro-social and self-defensive motivation. *Motivation and Emotion*, 40(1), 118-139. <https://doi.org/10.1007/s11031-015-9513-y>
- Ghaemi, S. N., Vöhringer, P. A. & Vergne, D. E. (2012). The varieties of depressive experience: Diagnosing mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 35,73–86. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.008>
- Gibson, B. & Hartman, J. (2013). *Rediscovering grounded theory*. Sage.
- Gilbert, P., Pehl, J. & Allan, S. (1994). The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. *British Journal of Medical Psychology*, 67(1), 23-36. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1994.tb01768.x>
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological medicine*, 28(3), 585-598. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006710>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2017). Shame and the vulnerable self in medical contexts: the compassionate solution. *Medical Humanities*, 43(4), 211-217. <https://doi.org/10.1136/medhum-2016-011159>

- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1992). *Basics of grounded theory analysis: Emergence vs. forcing*. Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1998). *Doing grounded theory: Issues and discussions*. Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1999). The future of grounded theory. *Qualitative Health Research*, 9(6), 836-845. <https://doi.org/10.1177/104973299129122199>
- Glaser, B. G. (2002). Constructivist Grounded Theory? *Qualitative Social Research*, 3(3), 12. <https://doi.org/10.17169/fqs-3.3.825>
- Glaser, B. G. & Holton, J. (2004). Remodeling grounded theory. *Qualitative Social Research*, 5(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-5.2.607>
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1965). *Awareness of dying*. Aldine.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine.
- Goffman, E. (1963). Embarrassment and Social Organization. I N. J. Smelser & W. T. Smelser (Red.), *Personality and Social Systems* (s. 541–548). Wiley. <https://doi.org/10.1037/11302-050>
- Ghosh, C. C., McVicar, D., Davidson, G. & Shannon, C. (2021). Measuring diagnostic heterogeneity using text-mining of the lived experiences of patients. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03044-1>
- Gujord, H. (2007). *Olav Duun – sjøtrønder, forteller*. Aschehoug.
- Hagerty, B. M. & Williams, A. (1999). The effects of sense of belonging, social support, conflict, and loneliness on depression. *Nursing Research*, 48(4), 215-219.
- Hansen, F. T. (2022). At skrive sig du mod det gådefulde via undringens fire verdenshjørner. I S. M. Herholdt-Lomholdt, (red.), K. Martinsen, F. T. Hansen, M. Pahuus, & H. Pahuus. *Fenomenologi – Å leve, samtale og skrive ut mot det gåtefulle i tilværelsen* (s. 55 – 77). Fagbokforlaget
- Hartman, J. (2001). *Grundad teori: Teorigenerering på empirisk grund*. Studentlitteratur.
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M. & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 336-346. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>
- Hauge, O. H. (2000). *Dagbok 1924-1994* (Bd. 1-5). Samlaget.

- Heath, H., & Cowley, S. (2004). Developing a grounded theory approach: a comparison of Glaser and Strauss. *International journal of nursing studies*, 41(2), 141-150. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00113-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00113-5)
- Hedelin, B. & Jonsson, I. (2003). Mutuality as background music in women's lived experience of mental health and depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(3), 317-322. <https://doi.org/10.1111/1540-5885.310001-i1>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten (IS-1561)*. <https://www.helsedirektoratet.no>
- Hem, E. (2003). Tilbake til Hippokrates? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123(24), 3577-3578.
- Henriksen, J.-O. (2010). Skam som teologisk tema. I J.-O. Henriksen & A. O. Søyvik (Red.), *Livstolkning i skole, kultur og kirke: festskrift til Peder Gravem* (s. 91-101). Tapir akademiske forlag.
- Henriksen, M. G. & Škodlar, B. (2018). Varieties of emotions: a phenomenological exploration of guilt, shame and despair in depression and schizophrenia. *Discipline filosofiche*, XXVIII(2), 61-81. <https://doi.org/10.1400/266041>
- Henriksson, C. & Saevi, T. (2009). "An event in sound": Considerations on the ethical-aesthetic traits of the hermeneutic phenomenological text. *Phenomenology & Practice*, 3(1), 35-58. <https://doi.org/10.29173/pandpr19820>
- Hermundstad, G. (1999). *Psykiatriens historie*. Gyldendal.
- Herholdt – Lomholdt, S. M. (2022). At abdicere som konge av sig selv – og om tre fænomenologiske ledestjerner. I S. M. Herholdt-Lomholdt, (red.), K. Martinsen, F. T. Hansen, M. Pahuus, & H. Pahuus. *Fenomenologi – Å leve, samtale og skrive ut mot det gåtefulle i tilværelsen* (s. 173 – 191). Fagbokforlaget
- Hjaelmhult, E. Giske, T. & Satinovic, M. (2014). *Innføring i grounded theory*. Akademika forlag
- Hjorth, V. (2016). *Arv og miljø: Roman*. Cappelen Damm.
- Hickox, A. (2021). The threat is coming from inside the house. *The Psychologist*, 34, 28-31.
- Holinger, P. C. (2009). Winnicott, Tomkins, and the psychology of affect. *Clinical Social Work Journal*, 37(2), 155-162. <https://doi.org/10.1007/s10615-008-0174-0>
- Holm, A. L. & Severinsson, E. (2014). Surviving depressive ill-health: A qualitative systematic review of older persons' narratives. *Nursing & Health Sciences*, 16(1), 131-140. <https://doi.org/10.1111/nhs.12071>

- Holm, A. L., Lyberg, A., Lassenius, E., Severinsson, E. & Berggren, I. (2013). Older persons' lived experiences of depression and self-management, *Issues in Mental Health Nursing*, 34(10), 757-764. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.809829>
- Holsten, F. (2020). Stemningslidelser. I M. Gonzalez (Red.). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 101-112). Gyldendal.
- Horwitz, A. V. & Wakefield, C. J. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Horwitz, A. V., Wakefield, J. C. & Lorenzo-Luaces, L. (2017). History of depression. I R. J. DeRubeis & D. R. Strunk (Red.), *The Oxford Handbook of Mood Disorders* (s 11–23). Oxford University Press.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt ikke stykkevis og delt* (7. utg). Gyldendal akademisk.
- Husserl, E. (2009). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. Felix Meiner Verlag. (Opprinnelig utgitt 1913).
- Husserl, E. (2012). *Introduction to the logical investigations: A draft of a preface to the logical investigations (1913)*. Springer Science & Business Media.
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology*, 6, 155-179. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- Høye, A. (2013). På tide å tenke nytt om psykiatriske diagnoser. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 133(12-13), 1329-31. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0327>
- Høyersten, J. G. (2009). Sinnslidelsenes historie – noen temaer og tablåer. *Michael*, 6, 136–49.
- Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi-et essay i vitenskapsteori. *Norsk forening for musikkterapi*. Hentet fra <https://www.musikkterapi.no/2-2016/2017/1/19/mellom-hermeneutikk-og-fenomenologi-et-essay-i-vitenskapsteori>
- Kahil, R. (2017). *The Complexities of 'Shame': An exploration of human connection* [Doktorgradsavhandling]. University of Toronto.
- Kakkori, L. (2009). Hermeneutics and phenomenology problems when applying hermeneutic phenomenological method in educational qualitative research. *Paideusis*, 18(2), 19-27. <https://doi.org/10.7202/1072329ar>
- Karhe, L. & Kaunonen, M. (2015). Patient Experiences of Loneliness. *Advances in Nursing Science*, 38(4), E21-E34. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000096>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale praksiser*. Gyldendal akademisk.

- Karlsson, B. E., & Kim, H. S. (2015). Sykepleie i kommunalt psykisk helse-og rusarbeid: en studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse-og rusarbeid. [SFPR-Forskningsrapportnr.16](#)
- Karlsson, B. (2011). «Sykepleier i bønn»—om makt, posisjoner og profesjoner i psykisk helsefeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(1), 56-65.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2011-01-07>
- Kaufman, G. (1992). *Shame: The power of caring*. Schenkman Books.
- Kaufman, G. (1996). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. (2. utg.). Springer Publishing.
- Kealy, D., Treeby, M. S. & Rice, S. M. (2021). Shame, guilt, and suicidal thoughts: The interaction matters. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 414-423.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12291>
- Kendell, R. & Jablensky A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4–12,
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.4>
- Kendler, K. S. (2016). The phenomenology of major depression and the representativeness and nature of DSM criteria. *American Journal of Psychiatry*, 173(8), 771-780.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15121509>
- Kenny, M. & Fourie, R. (2015). Contrasting Classic, Straussian, and Constructivist grounded theory: Methodological and philosophical conflicts. *The Qualitative Report*, 20(8), 1270-1289. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2251>
- Kinghorn, W. (2020). Crisis in psychiatric diagnosis? Epistemological humility in the DSM era. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 45(6), 581-597. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa026>
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2021). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Kim, H. S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing*. (2. Utg.) Springer Publishing Company.
- Kim, H. S. (2015). *The essence of nursing practice: Philosophy and perspective*. Springer Publishing Company.
- Kim, S., Thibodeau, R. & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96.
<https://doi.org/10.1037/a0021466>
- Knausgård, K. O. (2009). *Min kamp*. Oktober forlag
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International Universities Press.

- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad notam Gyldedal.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview: Introduktion til et håndværk*. (2. utg.) Hans Reitzels forlag.
- Labbate, L. A. & Lare, S. B. (2001). Sexual dysfunction in male psychiatric outpatients: validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(4), 221-225.
<https://doi.org/10.1159/000056257>
- Ladany, N., Klinger, R. & Kulp, L. (2011). Therapist shame: Implications for therapy and supervision. I R. L. Dearing & J. P. E. Tangney (Red.), *Shame in the therapy hour* (s. 307-322). American Psychological Association.
- Larsen, I. B. & Andersen, A. J. W. (2011). Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2).
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2011-02-04>
- Larkings, J. S., Brown, P. M. & Scholz, B. (2017). “Why am I like this?”: Consumers discuss their causal beliefs and stigma. *International Journal of Mental Health*, 46(3), 206-226. <https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1304076>
- LeBlanc, V. R., Brooks, L. R. & Norman, G. R. (2002). Believing is seeing: The influence of a diagnostic hypothesis on the interpretation of clinical features. *Academic Medicine*, 77(10), S67-S69.
- Lee, H., Coenen, A. & Heim, K. (1994). Island living: The experience of loneliness in a psychiatric hospital. *Applied Nursing Research*, 7(1), 7-13.
[https://doi.org/10.1016/0897-1897\(94\)90014-0](https://doi.org/10.1016/0897-1897(94)90014-0)
- Levering, B. & van Manen, M. (2002). Phenomenological anthropology in the Netherlands and Flanders. I Tymieniecka, T. (Red.), *Phenomenology World Wide* (274-286). Kluwer Press.
- Lewis, H. B. 1971. *Shame and guilt in neurosis*, New York: International Universities Press.
- Lefaucheur, J.-P., Aleman, A., Baeken, C., Benninger, D. H., Brunelin, J., Di Lazzaro, V., Filipović, S. R., Grefkes, C., Hasan, A., Hummel, F. C., Jääskeläinen, S. K., Langguth, B., Leocani, L., Londero, A., Nardone, R., Nguyen, J.-P., Nyffeler, T., Oliveira-Maia, A. J., Oliviero, A., ... Ziemann, U. (2020). Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): An update (2014-2018). *Clinical Neurophysiology: Official Journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 131(2), 474–528.
<https://doi.org/10.1016/j.clinph.2019.11.002>
- Li, C. C., Shu, B. C., Wang, Y. M. & Li, S. M. (2017). The lived experience of midlife women with major depression. *The Journal of Nursing Research*, 25(4), 262–267.
<https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000159>

- Lindholm, L. (1998). *Den unga människans hälsa och lidande* [Doktorgradsavhandling]. Åbo Akademi.
- Lindholm, L., Granström, E. & Lindström, U. A. (2001). The young persons' loneliness* an experience of pleasure and suffering. *Hoitotiede*, 13(5), 242-248.
- Lindström, U. Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie: teori, verdier og praksis* (I. Aanderaa, Overs). Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 1994).
- Lohne, V. & Severinsson, E. (2005). Patients' experiences of hope and suffering during the first year following acute spinal cord injury. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), 285-293. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01088.x>
- Lomborg, K. (2005). Om grounded theory – hvad det er og ikke er. *Klinisk sygepleje*, 19(2), 4-11. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2005-02-02>
- Lomborg, K. & Kirkevold, M. (2003). Truth and validity in grounded theory – a reconsidered realist interpretation of the criteria: fit, work, relevance and modifiability. *Nursing Philosophy*, 4(3), 189-200. <https://doi.org/10.1046/j.1466-769X.2003.00139.x>
- Løgstrup, K. E. (2015). *Skabelse og tilintetgørelse: religionsfilosofiske betragtninger*. Forlaget Klim. (Opprinnelig utgitt 1978)
- Løgstrup, K. E. (1983). *System og symbol*. Gyldendal.
- Løgstrup, K. E. (1993). *Norm og spontanitet*. Gyldendal.
- Løgstrup, K.E. (2010). *Den etiske fordring*. Forlaget Klim. (Opprinnelig utgitt 1956).
- Mackay, K. (2019). The wounded healer: Reflections on a personal journey. *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal*, 19(4), 11–17.
- Mackenzie, N., & Knipe, S. (2006). Research dilemmas: Paradigms, methods and methodology. *Issues in educational research*, 16(2), 193-205. <http://www.iier.org.au/iier16/mackenzie.html>
- Maj, M. (2016). The continuum of depressive states in the population and the differential diagnosis between “normal” sadness and clinical depression. I J. C. Wakefield & S. Demazeux (Red.), *Sadness or Depression?* (s. 29-38). https://DOI:10.1007/978-94-017-7423-9_3
- Malhi, G. S., Bell, E., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Hazell, P., Hopwood, M., Lyndon, B., Mulder, R., Porter, R., Singh, A. B. & Murray, G. (2021). The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(1), 7-117. <https://doi.org/10.1177/0004867420979353>
- Malhi, G. S. & Mann, J. J. (2018). Course and prognosis. *Lancet*, 392(10161), 2299-2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)

- Malinowski, A. S., Veselka, L. & Atkinson, B. E. (2017). An investigation of vulnerability factors for depression. *Personality and Individual Differences*, 107, 126-130. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.049>
- Malt, U. (2019, 30. januar). ICD-10. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 30. september 2021 fra <https://sml.snl.no/ICD-10>
- Malt, U. (2016). Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS): en brukerveiledning. <https://www.helsebiblioteket.no/>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Martin, L. A., Harold, W., Neighbors, D. & Griffith, M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1100–1106. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985>
- Martinsen, K. M. & Eriksson, K. (2013). *At se og indse - om forskjellige former for evidens*. Munksgaard.
- Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2018). *Bevegelig berørt*. Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (1975). *Filosofi og sykepleie. Et marxistisk og fenomenologisk bidrag*. (Filosofisk institutts stensilserie nr. 34). Universitetet i Bergen.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup: Om moral, samfunnskritikk og sanselighet i sykepleien*. Tano forlag.
- Martinsen, K. (1991). Under kærlig forskning: Fænomenologiens åbning for den oplevede erfaring i sygeplejen. *Sygeplejersken*, 36, 4–15.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2001). Huset og sangen, gråten og skammen: Rom og arkitektur som ivaretar menneskets verdighet. I T. Wyller (Red.), *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (167-190). Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe.
- Martinsen, K. (2006). *Care and Vulnerability*. Akribe.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe.
- Martinsen, K. (2021). *Langsomme pulsslag*. Fagbokforlaget.

- May, R. (1979). *Psychology and the Human Dilemma*. W.W. Norton.
- Melancholy. (2021, 30. september). I *Etymonline*. <https://www.etymonline.com/>
- Mendes, A. L., Ferreira, C. & Marta-Simões, J. (2017). The paradoxical effect of two different emotion regulation processes in the association between shame and depression. *European Psychiatry*, 41(S1), S241.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.011>
- Meyer, S. (2021, 27. januar). Skam. *Siri Meyer*.
<https://www.sirimeyer.no/kunstessays/skam/>
- Merleau-Ponty, M. (1945/2002). *Phenomenology of Perception*. Routledge.
- Mitropoulos, G. B. (2018). The DSM-ICD diagnostic approach as an essential bridge between the patient and the “big data”. *Psykhatrki*, 29(3), 249-256.
<https://doi.org/10.22365/jpsych.2018.293.249>
- Mojtabai, R., Amin-Esmaeili, M., Spivak, S. & Olfson, M. (2021). Remission and treatment augmentation of depression in the United States. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(6), Artikkel 21m13988. <https://doi.org/10.4088/JCP.21m13988>
- Morse, J. M. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, 40(2), 120-123.
- Muller, R. J. (2017). *The four domains of mental illness: An alternative to the DSM–5*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315142821>
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C. & Wampold, B. E. (2018). Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3),1-7. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>
- Murphy, S. A. & Kiffin-Petersen, S. (2017). The exposed self: A multilevel model of shame and ethical behavior. *Journal of Business Ethics*, 141(4), 657-675.
<https://doi.org/10.1007/s10551-016-3185-8>
- Nair, P., Bhanu, C., Frost, R., Buszewicz, M. & Walters, K. R. (2020). A systematic review of older adults' attitudes towards depression and its treatment. *The Gerontologist*, 60(1), 93–104. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz048>
- Nathaniel, A. K. (2014). Forslag til integrert filosofisk rammeverk som passer for grounded theory. I E. Hjaelmhult, T. Giske & M. Satinovic. *Innføring i grounded theory*. Fagbokforlaget.
- Nathanson, D. L. (1987). *The many faces of shame*. The Guilford Press.
- Nathanson, D. L. (1994). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the self*. W.W. Norton.

- Nazarov, A., Jetly, R., McNeely, H., Kiang, M., Lanius, R. & McKinnon, M. C. (2015). Role of morality in the experience of guilt and shame within the armed forces. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(1), 4-19. <https://doi.org/10.1111/acps.12406>
- Nilsson, B., Lindström, U. Å. & Nåden, D. (2006). Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 93-101. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00386.x>
- Nilsson, B., Nåden, D. & Lindström, U. Å. (2008). The tune of want in the loneliness melody – loneliness experienced by people with serious mental suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 161-169. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00508.x>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Norcross J. C. & Wampold B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889–1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Norlyk, A. & Harder, I. (2010). What makes a phenomenological study phenomenological? An analysis of peer-reviewed empirical nursing studies. *Qualitative Health Research*, 20(3), 420-431. <https://doi.org/10.1177/1049732309357435>
- Norvoll, R. (2002). *Samfunn og psykiske lidelser: Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Cappelen.
- Nussbaum, M. C. (2006). *Hiding from humanity. Disgust, shame, and the law*. Princeton University Press.
- Nussbaum, M. C. (2016). *Litteraturens etikk: Følelser og forestillingsevne*. Pax Forlag.
- Paley, J. (2005). Phenomenology as rhetoric. *Nursing Inquiry*, 12(2), 106-116. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2005.00263.x>
- Paley, J. (2017). *Phenomenology as qualitative research: A critical analysis of meaning attribution*. Routledge.
- Parker, G. (2007). Is depression overdiagnosed? Yes. *BMJ*, 335(7615), 328-329. <https://doi.org/10.1136/bmj.39268.475799.AD>
- Parnas, J., Sass, L. A. & Zahavi, D. (2013). Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 270-277. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs153>
- Parse, R. R. (1992). Nursing knowledge for the 21st century: An international commitment. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 8-12. <https://doi.org/10.1177/089431849200500105>
- Paterson, J. G. & Zderad, L. T. (1976). *Humanistic nursing*. Wiley.

- Pierce, L. L., Wilkinson, L. K. & Anderson, J. (2003). Analysis of the concept of aloneness: As applied to older women being treated for depression. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(7), 20-25. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20030701-06>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ratcliffe, M. (2015). *Experiences of depression: A study in phenomenology*. Oxford University Press.
- Reynaert, C., Zdanowicz, N., Janne, P., & Jacques, D. (2010). Depression and sexuality. *Psychiatria Danubina*, 22(suppl 1.), 111-113.
- Rice, N. M., Grealy, M. A., Javaid, A. & Millan Serrano, R. (2011). Understanding the social interaction difficulties of women with unipolar depression. *Qualitative Health Research*, 21(10), 1388-1399. <https://doi.org/10.1177/1049732311406449>
- Ringnes, A. (2001). Hippokrates skrifter på norsk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(14), 1752.
- Riis, O. (2004). *Sociologiske metoder i praksis*. Sociologisk Laboratorium: Aalborg Universitetsforlag.
- Rokach, A. (2019). The effect of psychological conditions on sexuality: a review. *Psychology and Psychotherapy: Research Study*, 2(2), 259-266. <https://doi.org/10.31031/PPRS.2019.02.000534>
- Ruggiano, N., & Perry, T. E. (2019). Conducting secondary analysis of qualitative data: Should we, can we, and how?. *Qualitative Social Work*, 18(1), 81-97. <https://doi.org/10.1177%2F1473325017700701>
- Ruyter, K. W. (2003). *Forskningsetikk: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Gyldendal akademisk.
- Røseth, I. (2013). *The essential meaning structure of postpartum depression: A qualitative study* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.
- Saevi, T. (2014). Phenomenology in educational research. I L. Meyer (Red.), *Oxford Bibliographies in Education*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/OBO/9780199756810-0042>
- Sartre, J.-P. (1993). *Væren og intet* (Utvalg ved B. Vestre). Pax.
- Sartre, J.-P. (2018). *Being and nothingness* (S. Richmond, Overs.). Routledge. (Opprinnelig utgitt 1943)
- Scheff, T. J. & Starrin, B. (2016). Et emotionssociologisk perspektiv på sociale problemer: Skam og udsathed. I A. Meeuwisse & H. Swärd (Red.), *Perspektiver på sociale problemer* (2. utg., s. 191-205). Hans Reitzels Forlag.
- Scheff, T. J. (1987). The shame-rage spiral: A case study of an interminable quarrel. I H. B.

- Lewis (Red.), *The role of shame in symptom formation* (s. 109–149). Lawrence Erlbaum Associates.
- Scheff, T. J. (2001). Shame and community: Social components in depression. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64(3), 212-224.
<https://doi.org/10.1521/psyc.64.3.212.18457>
- Scheff, T. J. & Retzinger, S. (1991). *Emotions and Violence*. Lexington Books.
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J. & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27(6), 642-652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Shame. (2021, 20. august). I *Etymonline*. <https://www.etymonline.com/>
- Skram, A. (1992). *På St. Jørgen*. Pax
- Skålevåg, S. A. (2021, 24. februar). Emil Kraepelin i Store norske leksikon.
https://snl.no/Emil_Kraepelin
- Skårderud, F. (2001). Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(13), 1613–1617.
- Skårderud, F. (2001a). «Tapte ansikter. Introduksjon til en skampsykologi I. Beskrivelser.» I T. Wyller (Red.), *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (s. 37-52). Fagbokforlaget.
- Skårderud, F. (2001b). «Det tragiske mennesket. Introduksjon til en skampsykologi II. Teori.» I T. Wyller (Red.), *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (s. 53-68). Fagbokforlaget.
- Skårderud, F. (2006). «Flukten til kroppen – senmoderne skamfortellinger». I P. Gulbrandsen et al. (Red.), *Skam i det medisinske rom* (s. 45-64). Gyldendal akademisk.
- Skårderud, F. (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: A qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(2), 81-97. <https://doi.org/10.1002/erv.774>
- Sokolowski, R. (2000). *Introduction to phenomenology*. Cambridge University Press.
- Solstad, D. (1999). *T. Singer*. (2. utg.) Oktober forlag
- Språkrådet. (2018). *Blikking*. Hentet 10. mai 2020 fra
<https://www.sprakradet.no/Vi-og-vart/hva-skjer/Aktuelt-ord/blikking/>
- Stahl, S. M. (2002). Does depression hurt? *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(4), 273-304.

- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1504-1516. <https://doi.org/10.1177/1049732309348501>
- St.meld. nr. 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
- St.prp. nr. 63 (1997- 1998). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.
- Støre Brinchmann, B. (2014). Fra ide til grounded theory. I Hjaelmhult, E. Giske, T. & Satinovic, M. (red.) *Innføring i grounded theory*. (s. 75 – 86). Akademika forlag
- Svartdal, F. (2020, 20. august). Affekt. I *Store norske leksikon*. Hentet 30. september 2021 fra <https://snl.no/affekt>
- Svenaesus, F. (2019). A defense of the phenomenological account of health and illness. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 44(4), 459-478. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhz013>
- Summerfield, D. (2006). Depression: Epidemic or pseudo-epidemic? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(3),161–162. <https://doi.org/10.1177/014107680609900323>
- Sævi, T. (2019). Å skrive hermeneutisk fenomenologisk «fra mening til metode»: Et pedagogisk eksempel på praksisens fenomenologi. I H. Dahlberg, S., Ellingsen, B. Martinsen & S. Rosberg (Red.), *Fenomenologi i Praktiken - Fenomenologisk forskning i et skandinavisk perspektiv* (s. 317-345). Liber.
- Sævi, T. (2005). *Seeing disability pedagogically: The lived experiences of disability in the pedagogical encounter* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen.
- Tangney, J. P. & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press.
- Tay, S., Alcock, K. & Scior, K. (2018). Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1545-1555. <https://doi.org/10.1002/jclp.22614>
- Thesen, J. (2001). Being a psychiatric patient in the community - reclassified as the stigmatized "other". *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(4), 248-255. <https://doi.org/10.1177/14034948010290040901>
- Tillich, P. (1952). *The courage to be*. Nisbet.
- Tjønneland, E. (2021, 30. november). *Estetikk*. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/estetikk>
- Tomkins, S. (1963). *Affect, imagery, consciousness*. Springer.
- Tomkins, S. (1987). Shame. I D. L. Nathanson (Red.), *The Many Faces of Shame* (s. 133-161). Guilford Press.

- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C. & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Ueland, V. (2013). *Lengsel - en kraft til helse* [Doktorgradsavhandling]. Åbo Akademi.
- Ulland, D., Bøe, T. D. & Sæther, O. (2013). Begreper, kunnskap og makt innen feltet psykisk helse. I: T. Mesel & P. Leer-Salvesen (red.). *Makt og avmakt. Etske perspektiver på feltet psykisk helse*. Portal Akademisk.
- Undset, S. (1994). *Kristin Lavransdatter*. (2. oppl.) Aschehoug
- Van den Berg, J. H. (1953). The Conversation [Het Gesprek]. I van Manen, M. A & van Manen, M. (2021). (Red.). *Classic Writings for a Phenomenology of Practice*. Routledge. (s. 31-46).
- Van Den Berg, J. H. (1972). *A different existence: Principles of phenomenological psychopathology*. Duquesne University Press.
- Van Manen, M. (1979). The Utrecht School: A phenomenological experiment in educational theorizing. *Interchange: The Journal of Educational Policy Studies*, 10(1) 48-66.
- Van Manen, M. (1989). By the light of anecdote. *Phenomenology + Pedagogy*, 7. 232-252.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. State University of New York Press.
- Van Manen, M. (1997). From meaning to method. *Qualitative Health Research*, 7(3), 345-369. <https://doi.org/10.1177/104973239700700303>
- Van Manen, M. (2003). Lived Experience. I M. Lewis-Beck, A. Bryman & T. Futing Liao (Red.), *Encyclopedia of Social Science Research Methods*. Sage Publications.
- Van Manen, M. (2006). Writing qualitatively, or the demands of writing. *Qualitative Health Research*, 16(5), 713-722. <https://doi.org/10.1177/1049732306286911>
- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Routledge.
- Van Manen, M. (2017a). But is it phenomenology? *Qualitative Health Research*, 27(6), 775-779. <https://doi.org/10.1177/1049732317699570>
- Van Manen, M. (2017b). Phenomenology in its original sense. *Qualitative Health Research*, 27(6), 810-825. <https://doi.org/10.1177/1049732317699381>

- Van Manen, M. (2019). Rebuttal: Doing phenomenology on the things. *Qualitative Health Research*, 29(6), 908-925. <https://doi.org/10.1177/1049732319827293>
- Vesaas, H. M. (1955). *I ein annan skog: Dikt*. Aschehoug.
- Vetlesen, A. J. (2001). «Det er ofrene som skammer seg»: Et essay om ondskap og skam. I T. Wyller (Red.), *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (s. 103-140). Fagbokforlaget.
- Vikan, A., Hassel, A. M., Rugset, A., Johansen, H. E. & Moen, T. (2010). A test of shame in outpatients with emotional disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(3), 196-202. <https://doi.org/10.3109/08039480903398177>
- Wakefield, J. C. & Schmitz, M. F. (2013). When does depression become a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds. *World Psychiatry*, 12(1), 44-52. <https://doi.org/10.1002/wps.20015>
- Wallace, D. F. (1996). *Infinite Jest*. Little, Brown and Company.
- Wallace, D. F. (2005). *This is water*. Little, Brown and Company.
- Watts, F. N., MacLeod, A. K. & Morris, L. (2011). Associations between phenomenal and objective aspects of concentration problems in depressed patients. *British Journal of Psychology*, 79(2). <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1988.tb02285.x>
- Widiger, T. A. & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494-504. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.494>
- Wilson, H. S. & Hutchinson, S. A. (1991). Triangulation of qualitative methods: Heideggerian hermeneutics and grounded theory. *Qualitative Health Research*, 1(2), 263-276. <https://doi.org/10.1177/104973239100100206>
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585-595.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (B. 1). World Health Organization.
- World Health Organization. (2021, 12. april). *Depression* (Faktaark). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Wurmser, L. (1981). *The mask of shame*. Johns Hopkins University Press.
- Wurmser, L. (1987). Shame: the veiled companion of narcissism. I D. L. Nathanson (Red.), *The Many Faces of Shame* (s. 64–92). The Guilford Press.

Wyller, T. (Red.). (2001). *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Fagbokforlaget.

Wyller, T. (2003). Eier du ikke skam i livet? *Omsorg*, 1, 62-66

Zahavi, D. (2019). Getting it quite wrong: Van Manen and Smith on phenomenology. *Qualitative health research*, 29(6), 900-907.
<https://doi.org/10.1177%2F1049732318817547>

Øvig, P. (2019). *Min mor var besat: Da jeg mødte depressionens dæmon*. Gyldendal.

Tabeller

1. Oversikt over delstudie 1, 2 og 3
2. Beskrivelse av deltagerne

Figurer

1. Studiens design
2. En kategori blir til
3. Prosessen, Risking Existence

Vedlegg

1. Godkjenning fra REK
2. Informasjonsskriv og Informert samtykke
3. Godkjenning fra REK - forlengelse av prosjektet
4. Intervjuguide
5. Godkjent opplæringsdel ph.d
6. Godkjent søknad om ekstra lengde/ord i kappen

Artikkel 1.

Bygstad-Landro, M. & Giske, T.

Risking existence: The experience and handling of depression

Journal of Clinical Nursing, 2018, 27(3-4), 514-522.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14056>

Abstract

Depression is the leading cause of incapacitation and constitutes the second largest healthcare burden worldwide, causing considerable discomfort for depression sufferers and their significant others. Depression must be understood against the backdrop of a person's context as well as biological, psychological and social factors. While various studies have been conducted on the process of depression, only a few studies have examined its existential aspects.

A classical grounded theory methodology employing open and selective coding was used to identify the participants' main concern and the strategies they used to handle it.

Data were collected in 2015–2016 during 18 in-depth interviews with people with current or former moderate depression. The data were analysed through constant comparisons until the grounded theory emerged.

The main concern of the participants was Longing for belonging, and they handled their depression through a process named Risking existence. The process comprised four phases: (i) Ungraspable processing; (ii) Giving clues; (iii) Daring dependence; and (iv) Courage to be. The process of risking existence was accompanied from beginning to end by three essentials: to hope, to endure and shame.

Working in mental health care involves encountering the pain, suffering and despair that humans endure. This challenges nurses to go beyond the symptoms and to listen for their meaning to each individual person.

Artikkel 2.

Bygstad-Landro, M., Giske, T., Blystad, A., & Martinsen, K.

«Skammen slår beina under meg» - om hvordan mennesker med depresjon erfarer skam.

Nordisk Sygeplejeforskning, 2021, 11(02), 155-166.

<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2021-02-06>

Abstract

The purpose of this article is to shed light on how people with a diagnosis of depression experience shame. Research indicates that shame plays a significant role in relation to most mental disorders and several studies show that shame is a central emotion in depression. Due to the significance of shame for people struggling with mental illness, it seems important to continue to contribute more knowledge. The article is based on a hermeneutic phenomenological study of how people with depression experience shame. Eighteen people with moderate depression were interviewed in depth. The analysis work, inspired by van Manen's hermeneutic phenomenological analysis method, showed that the participants experience shame related to the body and to relationships. Because shame is life-threatening and painful for the participants, it is important that nurses understand bodily expressions of shame and what can be a language of shame.

Artikkel 3.

Bygstad-Landro, M. & Saevi, T.

The relationship as possibility and future gift in professional mental health encounters

Phenomenology & Practice, 2022. Submitted

Abstract

The pivot of the article is the lived experience of the relationship between mental health nurse and patient in institutional treatment. The premise for a relationship between persons in professional settings is the awareness of the responsible part that the relationship is a possibility rather than a tool, and that the relationship is a lived encounter additional to being a factual experience. Any relationship – personal and professional – in this understanding is an action as well as a re-action, as both parties are at mercy of each other and thus they can only partly plan and predict the process and the outcome of their relationship. We explore the relationship between nurse and patient, in terms of the tension between difference and togetherness, and suggest solicitude to be a core quality in mental health relationships.

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Camilla Gjerstad	55978499	10.02.2015	2014/1919/REK vest
			Deres dato:	
			04.02.2015	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Marte Bygstad-Landro
Ulriksdal 10

2014/1919 En kvalitativ studie om forholdet mellom depresjon og skamfølelse

Forskningsansvarlig: Haraldsplass Diakonale Høgskole
Prosjektleder: Marte Bygstad-Landro

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt og din tilbakemelding mottatt 04.02.15. Tilbakemeldingen ble behandlet av leder for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) på fullmakt. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektomtale

Studien søker ny kunnskap om forholdet mellom skamfølelse og depresjon. Personer som har hatt eller har en depresjon vil bli inkludert. Man ønsker å undersøke hvordan mennesker med moderat depresjon opplever det å være deprimert, om de kjenner på skamfølelse og hvordan de håndterer depresjonen og skamfølelsen. Studien innebærer intervju med 15-20 deltakere.

REK ba 11.12.14 om tilbakemelding

- REK ba om endret rekruttering for å ivareta taushetsplikten. DPS bør plukke ut aktuelle kandidater og sender forespørslers om studien. Interesserte kan så kontakte forsker dersom de ønsker å delta.
- REK ba videre om at informasjonsskrivet måtte revideres. Bakgrunnen for problemstillingen må presenteres bedre, f.eks. ved at deltakerne informeres om at det fremkommer i litteraturen at deprimerte kan føle skam og at skamfølelse er et normalt fenomen. Skrivet kan gjerne gi noen eksempler på situasjoner der enkelte pasienter kan føle skam. I skrivet må det fremkomme at deltaker har rett til å få innsamlete data slettet dersom vedkommende trekker seg fra studien.

Tilbakemelding fra prosjektleder

Revidert informasjonsskriv er vedlagt tilbakemeldingen.

Vurdering

REK vest finner at det reviderte informasjonsskrivet er i tråd med merknadene til REK. I tilbakemeldingen legger prosjektleder vekt på to momenter:

Pkt 1: Rekruttering: Aktuelle deltakere identifiseres av ansvarlig behandler ved DPS, som informerer om studien. Dersom pasienten ønsker å delta i studien kan forsker inviteres inn for å gi ytterligere muntlig og skriftlig informasjon til pasienten. Prosjektleder frykter at det vil bli utfordrende å rekruttere nok pasienter til studien dersom de selv må ta initiativ til å ta kontakt med forsker. REK vest har ingen innvendinger til denne planlagte prosedyren for rekruttering.

Pkt 2: Informasjonsskriv: Komiteen anbefaler at forskerne gir eksempler på situasjoner der pasienter kan føle på skam. Dette ønsker ikke prosjektleder da det metodisk er viktig at forsker møter pasient så åpent som mulig. REK vest har ingen innvendinger til at eksempler utelates i informasjonsskrivet.

Vedtak

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

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 01.07.2019, 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

Camilla Gjerstad
rådgiver

Kopi til: hds@haraldsplass.no

Informasjon og invitasjon til å delta i studie om depresjon og skamfølelse

Denne studien har som formål å undersøke om og hvordan mennesker som har erfaring med depresjon opplever eventuell skamfølelse, hvordan skamfølelsen i så fall kommer til uttrykk og videre håndteres. Slik kunnskap vil hjelpe helsepersonell til å forstå hva som er viktig fra pasientens perspektiv. Det vil også kunne gi føringer for hvordan helsepersonell på best mulig måte kan følge opp pasienter mens de er i behandling.

Skam er et mangfoldig fenomen som vekker ulike assosiasjoner. Det er store variasjoner i hva som genererer skam fra en kultur til en annen, samt hvordan skam kommer til uttrykk hos den enkelte. Å studere hvordan skamfølelsen oppleves kan gi innsikt i hvordan mennesker forstår seg selv i lys av fellesskap og samfunn samt hvordan skammen kan påvirke mellommenneskelige relasjoner. Det vi vet er at skam er en vanlig følelse, men at det er en følelse det kanskje ikke blir snakket så mye om.

Jeg ber deg om å delta i studien fordi du fyller kriteriene for deltagelse: du er over 18 år, har erfaring med å være i behandling for depresjonsdiagnose og snakker norsk. Dersom du ønsker å være med i studien vil du bli bedt om å skrive under på informert samtykke og delta i et intervju. I intervjuet vil vi samtale om dine erfaringer og refleksjoner i forhold til din opplevelse av å være deprimert og om du har kjent på skam i den forbindelse. Intervjuet vil trolig vare mellom 45 – 60 minutter, men kan vare lenger dersom du har mye på hjertet. Det er også mulig at jeg i etterkant vil kontakte deg for spørsmål om oppfølgingsintervju. Tid og sted for intervju vil bli avtalt med deg direkte.

Har du spørsmål er du fri til å kontakte meg per mail/tlf. Om du velger å delta kan du uansett på hvilket som helst tidspunkt trekke deg. Å trekke seg fra studien vil ikke medføre noen konsekvenser for deg.

Vi tenker at det ikke er noen risiko for deg forbundet med å delta i denne studien. Derimot gir det deg en mulighet til å reflektere og samtale om viktige forhold relatert til liv og helse. Du bidrar til økt kunnskap om hvordan norske pasienter opplever depresjon og evt skam, og hvordan helsepersonell handler i møte med pasienters depresjon og evt skamfølelse.

Jeg vil behandle alle opplysninger fra intervjuet konfidensielt. I begynnelsen av intervjuet vil du gi deg selv et fiktivt navn som vil bli brukt som kjennetegn i transkripsjon, analyse og publisering. Intervju vil bli tatt opp på bånd og det vil kort tid etter bli skrevet ut der alle opplysninger vil bli anonymisert. Lydfilen vil bli slettet etter transkripsjonen. Det signerte samtykket vil bli oppbevart separat fra intervjuene, og det transkriberte intervjuet lagres på min pc som er passordbeskyttet. Bare jeg og veiledere har tilgang på dataene fra

intervjuene. Dataene vil bli analysert og publisert i internasjonale tidsskrift. Prosjektet vil bli avsluttet i løpet av 2019.

Om du har spørsmål kan du kontakte meg på e-post: marte.bygstad.landro@vid.no eller via telefon: 90511029.

Marte Bygstad-Landro

Informert samtykke om depresjon og skam

Jeg er informert om målet med studien. Jeg er også informert om hvordan intervjuet vil bli gjennomført og om hvordan intervjuene vil bli transkribert og oppbevart.

Jeg deltar i frivillig i studien og jeg vet at jeg kan trekke meg fra studien når som helst uten at det får noen negative konsekvenser for meg.

Jeg har rett til å få slettet innsamlede data dersom jeg trekker meg fra studien.

Jeg har fått en kopi av «informert samtykke» med informasjon slik at jeg kan kontakte Marte Bygstad-Landro om jeg på et senere tidspunkt har behov for det.

Deltagers navn

Deltagers signatur

Dato

Jeg har forklart forskingsprosjektet til deltageren og svart på spørsmål hun/han har. Jeg tror at deltageren har forstått informasjonen og deltar på frivillig i studien.

Navn leder for forskingsprosjektet

Signatur leder forskingsprosjektet

Dato

Marte Bygstad-Landro

Psykiatrisk sykepleier/høgskolelektor v/VID vitenskapelige høgskole

PhD kandidat v/VID

tlf: 90511029

e-post: marte.bygstad.landro@vid.no

Intervjuguide

I intervjusituasjon vil forsker være sensitiv for deltageres ulike erfaringer knyttet til skam og depresjon. Intervjuguiden som er utarbeidet er derfor kun retningsgivende. Spørsmålene vil bli brukt etter behov i intervjuene.

I intervjusituasjon: Gjennomgang av opplysninger i informasjonsbrevet.

Om informanten: Alder, sivilstand, yrke, livssyn, medisinbruk, formell behandling

Her og nå: Hvordan har du det for tiden?

1. Hvilke tanker har du gjort deg etter at du sa ja til å delta i denne studien?

- a) Hvor lenge har du kjent på depresjon?
- b) Har du tanker om hvorfor du ble deprimert?
- c) Hvordan har du opplevd å være deprimert?
- d) Har noen følelser/tanker vært fremtredende?
- e) Har du opplevd noe som mer vondt/vanskelig?
- f) Har tankene om deg selv endret seg etter du fikk depresjon? Evt: Hvordan
- g) Har noe/noen gjort depresjonen lettere å bære?
- h) Har noe/noen gjort depresjon vanskeligere/mer utfordrende?

2. Kan du fortelle om de menneskene som står deg nær/som betyr noe for deg?

(Har du familie/venner som står deg nær?)

- a) Uavhengig av svar på forrige spørsmål - Opplever du deg ensom? Hvorfor/hvorfor ikke?
- b) Har du opplevd avvisning eller å bli krenket?
- c) Opplever du å bli sett som den du er av mennesker rundt deg? På hvilken måte?
- d) Hvordan ser du på deg selv?
- e) Hvordan liker du å bli møtt?
- f) Kan du fortelle om dine erfaringer med å være mottaker av helsehjelp? Kan du huske en situasjon som du oppfatter som spesielt god? Hvorfor ble denne situasjonen oppfattet som god?
- g) Hvordan møter du mennesker rundt deg?

3. Har du kjent på skamfølelse?

- a) Hvordan vil du beskrive skamfølelsen?
- b) Hvilke tanker har du om hvorfor/ hvorfor ikke du har kjent på skamfølelse?
- c) Hvordan ser du på forholdet mellom depresjon og skamfølelse?

d) Kan du fortelle om en gang du kjente på skam?

5. Tanker om fremtiden

- a) Hva har vært viktig for deg på vei ut av depresjonen?
- b) Har du noen sider ved deg selv du liker/er stolt over? Hvilke?
- c) Hva drømmer du om?

6. Oppsummering

Oppsummering av de viktigste punktene, en mulighet for begge til å reflektere rundt det som kom frem. Deltageren får anledning til å korrigere og supplere.

