

## Det som sitter i veggene

### Jan Inge Sørbø, Eva Gjengedal, Else Lykkeslet og Wigdis Helen Sæther

*Jan Inge Sørbø, professor ved Institutt for sosialfag, Høgskolen i Volda*

*Eva Gjengedal, professor ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, professor II ved Høgskolen i Molde.*

*Else Lykkeslet, førsteamanuensis ved avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Molde. Wigdis Helen Sæther, førstelektor ved avdeling for sykepleieutdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag.*

#### Sammendrag

*Rommet ser ut til spille en viktig rolle når man informerer om helse. Et forskningsprosjekt i samarbeid mellom Høgskolene Sør-Trøndelag, Molde og Volda har invitert en gruppe pårørende til mennesker med demens til teaterforestillinger som berører demens-sykdom og pårørendes situasjon. Informantene gir uttrykk for at opplevelsene av disse forestillingene oppleves sterkere og annerledes enn informasjon i et nøytralt rom på sykehuset, og gir en sterkere opplevelse av gjenkjennelse, berøring og bygningene kan ha på for formidling, og hva opplevelsen av mening, gjennom kunsten, kan ha å si for pårørende i en krevende situasjon. Hva slags kunnskap og mening er materialisert i et sykehus, og hva ligger i en teaterbygning?*

#### Vitenskapelig essay

#### Referee \*

#### Nøkkelord

*Helseteater, rommets betydning, mening, demens, informasjon*

#### Innledning

Det er informasjonsmøte på sykehuset. En spesialist i geriatri orienterer pårørende om det vanlige forløpet i demens-sykdommen, og gir noen råd til de pårørende. De som står for møtet, er medisinsk personell, leger og sykepleiere. Møtet foregår inne på sykehuset, i et rom som kan brukes til samlinger på opp til 30 personer. Rommet er nøytralt, stolene står i rekker, og de hvite veggene er bare dekorert med noen plakater som gir medisinsk informasjon.

Etter møtet blir deltakerne bedt om å skrive en liten respons på hvordan de opplevde informasjonsmøtet. Deltakerne har alle pårørende med demens-sykdom, på ulike stadier. En av dem uttrykker seg slik: «Det var som det gikk rett i hjertet. Jeg satt og tårene rant.. jeg kjente meg igjen.. det var en fantastisk forestilling... alt sammen, hele rammen, det var bare pang alt sammen.»

Her bryter vi illusjonen. Sitatet er autentisk, men er omplassert til en annen setting. Det vedkommende beskriver, er en teaterforestilling, bygd på Odveig Klyves diktsamling *Det andre blikket*. Denne ble framført av en skuespiller ved Teateret Vårt, og hun ble akkompagnert av en fiolinist. «Alt sammen, hele rammen», er altså ikke et informasjonsmøte, men en teaterforestilling – som handler om demens. Det finst mange presise medisinske iaktakelser i Klyves tekst, og den viser fram samspillet mellom en sykere og sykere mor og hennes datter. Men det skjer i diktets form, og i teaterets rom. Og det skjer i samvirke med andre kunstformer.

### **Kjølig saklighet eller teater**

Den reaksjonen som informantene beskriver: gråt, identifikasjon og skjønnhetsopplevelse i ett – er den tenkelig dersom rammen virkelig hadde vært den vi skildret først: sykehusets kjølige saklighet som ramme for medisinsk informasjon? Hva er forskjellen på informasjon og kunst, og hvilken betydning har rommet og institusjonen når vanskelige, gjerne medisinske tema, er opp til drøfting?

Dette har vært fokus i forskningsprosjektet «*Helseteater*», som ble gjennomført våren 2011, med fire forestillinger på Teateret Vårt i Molde<sup>1</sup>. Tekstene som ble framført, handlet om demens eller aldring og død, gjerne sett fra et pårørende-perspektiv. Til disse forestillingene inviterte forskergruppen pårørende til demente, rekruttert gjennom pårørende-foreninger. Informantene ble bedt om å skrive et kort notat etter hver forestilling. Noen dager etter møttes de til eit fokusgruppe-intervju. Det empiriske materialet i prosjektet ble samlet inn fra disse to kildene.

Informantene, som alle var pårørende til mennesker med demens, kom til orde både gjennom skriftlige refleksjoner og intervjuer i fokusgrupper, og de la betydelig vekt på opplevelseselementet. Forskerne gikk nøye gjennom dette materialet, sammenlignet notatene med utskriftene fra intervjuene, og forsøkte å finne fram til hovedtemaer. Både lydopptak og utskrifter ble behandlet konfidensielt og destruert etter bruk. Prosjektet var godkjent av NSD.

Informantene pekte på at opplevelsen av tekster om andre som var i samme situasjon, kunne gi mot og tro på at det er mulig å «stå løpet ut», som en av dem formulerte det. En annen fortalte om overraskelsen ved å lære så mye nytt gjennom forestillingene, til tross for at

---

<sup>1</sup> Fire tekster ble presentert i hver sin forestilling våren 2011. Det dreide seg om Jon Fosse: *Melancholia II*, Jan Inge Sørbo: *Lyset frå fars ansikt*, Inger Anne Ree Hunderi og Ola Hunderi: *Inn i skoddeheimen* og Odveig Klyve: *Det andre blikket*. Sørbo leste selv, Hunderi fortalte sin historie og en skuespiller leste diktene hans, mens tekstene til Fosse og Klyve ble framført av skuespillere fra Teateret Vårt. Det var musikk med i alle forestillingene

vedkommende hadde gått pårørende-skole, og ikke fikk så mye ny faktisk informasjon. Det nye lå altså i form, setting og sted, ikke primært i kunnskap.

Informantene forventet, og fant i mange tilfeller, gjenkjennelse i det som ble framført. I fokusgruppene ble veien kort fra å fortelle hva man kjente igjen, til å fortelle om egen situasjon og egne dilemmaer. Men på grunnlag av gjenkjennelsen, formulerte de også at de fikk ny innsikt. De «oversatte» tekstene til sin egen situasjon, og fant både trøst og innsikt i å speile seg i andres historie. Og de gav mange og sterke uttrykk for hvor berørt de ble, når andre hadde funnet ord og uttrykk for noe av det de selv stod midt oppe i. Pårørende til demente går gjennom store påkjenninger, noe som er dokumentert i undersøkelser av denne gruppen, både internasjonalt (f. eks. Gottlieb og Wolfe 2002) og nasjonalt (Hagen 2006, Hauge 2008, Ulstein 2009). Under forestillingene opplevde de det som en trøst at deres situasjon ble skildret gjenkjennelig på scenen: «Det var ikke så mye nytt, men det var så godt å få en i samme situasjon som kunne gi uttrykk for det på en måte som jeg ikke ville klare selv.» Selve funnene i undersøkelsen blir presentert ytterligere i artikkelen «'Brightness in Dark Places' Theatre as an Arena for Communicating Life with Dementia» (Gjengedal et.al.) som er under publisering i *Dementia: the international journal of social research and practice*. I dette essayet er vi opptatt av å diskutere på et mer teoretisk nivå hva som kan ligge til grunn for at innføring i problematikker omkring demens kan oppleves så forskjellig, avhengig av rommet det presenteres i.

## Samfunnsliv i materien

Reaksjonene til de pårørende reiser spørsmålet om informantene ble særlig berørt på grunn av det rommet eller den institusjonen hvor de opplevde forestillingen.

Et utgangspunkt for dette kan være innsikten i at «samfunnslivet ikke foregår bare i menneskers sinn (eller «mentalitet»), men utenfor, på gater og plasser, i hus og kontorer, til fots eller i bil, båt eller fly eller gjennom en eller annen arbeids- og fritidsvirksomhet», som Dag Østerberg formulerer det. (Østerberg 1998: s 26), altså at opplevelsene våre i noen grad er styrt av bygninger, rom og omgivelser. Østerberg har utformet en teori om det sosiomaterielle feltet, og skiller mellom uberørt natur og materie som er formet av mennesker. I sosio-materien finnes det avleiret intensjoner, både fra dem som skapte bygninger, institusjoner osv. og fra dem som har brukt dem. Østerberg snakker om en treghet i materien, som setter grenser for individenes vilje og utfoldelse (Østerberg 1990). Men det sosio-materielle kan selvsagt også åpne for utfoldelse, dersom det er samsvar mellom individets prosjekt og det som ligger nedfelt i materien. Når det gjelder sykehusets spesifikke materialitet, finnes det en god, fenomenologisk preget skildring hos Yngvar Løchen, som kan illustrere Østerbergs poeng: «Sykehuset er ingen frittstående institusjon i forhold til samfunnets øvrige verdier og politiske prinsipper. Premissene for konstruksjonen av sykehusets struktur ligger i den aldri hvilende medisinske tenkemåten, og sykehusets faktiske planutforming gjenspeiler de intensjoner moderne medisin prøver å realisere» (Løchen 1998: 94). Løchen forteller om sine pasienterfaringer, og legger vekt på at utformingen av sykehuset ikke tar utgangspunkt i pasientens opplevelse, men medisinenes behov.

## Steder med intensjoner

Inger Beate Larsen har skrevet om rommets betydning i psykiatrisk arbeid ut fra en steds-fenomenologisk synsvinkel, og formulerer seg slik:

Samtidig som steder er inni oss, innrammer de oss. Steder kan få oss til å føle oss hjemme eller som fremmede. Ulike bygde steder, for eksempel en kirke, en idrettshall eller et sykehus, danner ulike mønstre for følelser og væremåter og får oss til å opptre på forskjellige måter knyttet til hvor vi er. Slik sett kan man si at steder har disiplinerende virkninger. (Larsen 2008: 4).

Det avgjørende er om det er samsvar mellom de intensjonene som er nedfelt i materien, med Østerbergs uttrykk, eller de mønstrene for væremåter som Larsen skriver om, og de som faktisk bruker disse stedene.

Det finnes en økende bevissthet om rommets betydning både i pedagogikk og helsevesen (f. eks. Colliander o.a. 2010 og Hauge og Jacobsen 2008). Kari Martinsen peker på at oppfatningen av tid og rom er forbundet, og at et funksjonalistisk rom henger sammen med en funksjonalistisk tidsoppfatning. Dette kan i neste omgang gjøre aktørene døve for den spesifikke *tonen* som finnes i rommet. (Martinsen 2002: 250ff).

I sin reaksjon på teaterforestillingene poengterer flere av aktørene det motsatte; nemlig hvordan kombinasjonen av musikk, lesning, kulisser og bilder skaper en felles tone, en helhetlig ramme som gjør opplevelsen sterkere. Når informantene fant sammenheng mellom musikk og tekst, høynet det opplevelsen. Dersom det skurret (f. eks. på grunn av for høy lyd), ble nettopp helheten ødelagt; tonen i rommet ble forstyrret. I en av forestillingene (Ola Hunderi) ble det brukt både bilder, musikk, dikt og foredrag, og informantene roste nettopp helheten av dette. Også kulisser og scenografien ble kommentert; noen enkle kulisser brakte forskjellige tidsnivåer sammen, noe som førte tankene til den stadige vandringen mellom øyeblikket og fortiden som er karakteristisk for opplevelsen til menneske med demenslidelser.

## Helhet og helbredelse

Det var ikke slik at informantene var kritikk-løst begeistret for alt som ble gjort i forestillingene. De etterlyste mer direkte relevans til demensstemaet eller pårørendeperspektivet, og reagerte litt ulikt på den musikken og de tekstene som var valgt. Men når de reagerte positivt, var det påfallende hvor sterk referansen var til uttrykket: til musikken, framføringen, bildene og helheten. De sterkeste opplevelsene var knyttet til den sanselige gjenkjennelsen som gav en opplevelse av det smertefulle på en god måte. Musikken bidro til ettertanke og gav rom for å fordøye teksten, de skjønnlitterære tekstene gav opplevelsen plass. Det kan sette oss på sporet av en viktig forskjell mellom informasjon om helse og erfaring med helseproblemer. Informantene reagerte positivt på begge deler; de så forestillingene som en del av et opplysningsarbeid, der flere mennesker må få viktig informasjon om en utbredt sykdom. Men opplevelseskvaliteten lå i helheten, når viktige innsikter i sykdommen og de pårørendes problematikk ble opplyst gjennom en helhet av tekst, musikk og bilder.

Forskjeller mellom saklig helseinformasjon og kunstnerisk formidling dreier seg likevel om noe mer og annet enn hvilken sjanger man bruker, eller hvordan man legger opp et foredrag. Det handler også om det huset eller rommet der formidlingen foregår, hvilke mønstre for

opplevelse og tenkning som ligger i helsevesenets bygninger, og hva som ligger i teateret. Vi tar selvsagt ikke mål av oss til å gi en full fenomenologisk analyse av teateret. Men bruken av teateret i en tematikk som vanligvis hører hjemme i helsevesenet, gir oss mulighet til å si noe om karakteren i de to institusjonene.

Østerbergs begrep om sosio-materialitet forutsetter at det finnes spor av intensjoner eller prosjekter i det materielle. Det finnes flere utkast til å forstå dette i forhold til helseinstitusjonene. Ett perspektiv finnes hos Foucault. Hans analyse av det kliniske blikket og det panoptiske systemet i fengsler og asyler, er gode eksempler på hvordan materien er preget av et bestemt prosjekt. I hans tilfelle blir dette prosjektet ført så å si eksklusivt tilbake til fagpersonalet. I klinikken er det medisinerens blikk som former rommene, i fengsler og asyler er det vokterne, delvis i samarbeid med medisinen. Begge grupper blir for Foucault eksempler på modernitetens fornuft, og hans prosjekt er å avlese maktbruken som er innebygd i den. Sykdom og sinnslidelse blir fornuftens Annen; en trussel mot orden og oversikt. I den grad denne typen fornuft dominerer, blir motpartens perspektiv gjort usynlig. Galskapens historie beskriver han som en arkeologi over stillheten fra de gale (Foucault 1991: 18). Deres stemme ble ikke hørt, men systematisk utelukket. Denne tankegangen «sitter i veggene», med Larsens uttrykk. Interessant nok opplever Larsens informanter de dagpsykiatriske sentrene langt mer positivt.

## **Klosterhage eller kirurgi**

Det kan illustrere at Foucaults perspektiv nok er tankevekkende og innsiktsfullt, men ikke kan brukes med noen form for automatikk. I *Helse i tid og rom* peker forfatterne på en annen linje. Sykdom ble fra Aristoteles av betraktet som en ubalanse i kroppen, og legens oppgave var å gjenopprette balansen. Denne tankegangen satte sine spor i materien på den måten at sykehusene la vekt på atrium, hager og parker, slik at pasienten kunne friskne til i naturlige omgivelser. Dette ble nok praktisert i ulik grad, men et utpreget eksempel er måten sanatoriene ble konstruert på i siste del av 1800-talet. Lys, luft, stillhet og sunnhet i omgivelsene skulle hjelpe til i helbredelses-prosessen. Her er pasient-perspektivet lett å avlese i bygningsmassen: Det er pasientens helbredelse som står i sentrum. (Gjengedal og Fjelland 2008). Dette synet på helbredelse har også talsmenn i nyere tid; det er naturlig å forstå Aaron Antonovskys vekt på opplevelse av sammenheng, knyttet til helbredelse, i forlengelsen av en slik forståelse. Et av hans hovedpoenger er å flytte fokus fra patologi til helbredelse (Antonovsky 2000). Helbredelsen omfatter hele den subjektive og eksistensielle opplevelsen, der meningsdimensjonen spiller en nøkkelrolle, mens patologien handlar om sykdomsbekjempelse.

Utviklingen av moderne medisinsk teknologi har ført oppmerksomheten mer i retning av å bekjempe sykdommen, kjemisk eller kirurgisk, og mindre i retning av å stimulere helbredelsen. Innenfor denne tradisjonen er det gjort enorme framskritt, både i sykdomsforståelse og i legemidler. Men i arkitektonisk forstand har dette samtidig ført mer i retning av å skape bygninger som har gjort arbeidsprosessen mest mulig effektiv for behandleren, især for kirurgen. Det idémessige sentrum i et moderne sykehus er operasjonssalen, for her topper den teknologiske kunnskap og praksis seg. Men i dette rommet er pasienten som hovedregel under bedøvelse. Hans subjektivitet er satt ut av spill. Dette blir nok forsøkt oppveid i de rommene som er i bruk før og etter operasjonen, men logikken i hospitalet er fremdeles den kirurgiske.

Dersom det er dette som «sitter i veggene» i et sykehus, kan det forklare hvorfor det blir vanskelig å drive helseinformasjon på en måte som tar vare på pasientperspektivet, og gjør det jevnbyrdig med det medisinske perspektivet. Når man etter hvert er blitt mer oppmerksom på viktigheten av brukerens forståelse og medvirkning i sin egen helbredelsesprosess, har man ved lærings- og mestringssentrene også forsøkt å legge en del av informasjon til pasienter til lokaler utenfor sykehusene, eller i lokaler med nøytralt preg.

## **Kunnskapens faktisitet**

Vi spurte innledningsvis hva som skiller formidling på teaterscenen fra formidlingen innenfor helsevesenets egne bygninger. Den materialiteten som tar utgangspunkt i operasjonen eller kjemiske inngrep i kroppen, er i utgangspunktet avvisende til pasientens subjektivitet. Den er å regne som forstyrrelse, støy. At gode helsearbeidere forsøker å oppveie dette, er vi ikke i tvil om. Men det er dette som ligger i måten helsebygningene er konstruert på.

Når objektivistisk kunnskap slår over i teknologi, blir den menneskelige bearbeidelsen av sykdom og eksistens mindre synlig. Den passer bedre i klosterhagen enn i operasjonssalen. Det er lett å tenke seg at selve bygningsmassen inspirerer til faktisitet, i et moderne sykehus. Man regner med å bli presentert for tall og kurver, ikke livsvisdom eller estetiske opplevelser.

Teateret som institusjon skiller seg fra dette. Arkitekturen er bygd opp omkring publikums blick, som samler seg mot det som skjer på scenen. Når en forestilling lykkes, kan opplevelsen være at skillet mellom scene og sal oppheves i noen øyeblikk. Det oppstår en identifikasjon med personene på scenen. Men forutsetningen for denne identifikasjonen er hele tiden en distanse. Tilskueren kan velge om han vil identifisere seg, eller trekke seg mentalt tilbake. Personene på scenen er både som han eller hun selv, og forskjellige. Denne distansen er en viktig forutsetning for identifikasjonen. Den skaper en følelse av trygghet: dette er ikke meg, derfor kan jeg leve meg inn i det. I scenerommet blir ikke publikum overvåket eller undersøkt, men invitert inn, med fokus på en felles opplevelse. Der den objektive kunnskapsformidlingen søker å tone ned eller nøytralisere subjektive følelser, og gjerne ser dem som stengsler for det saklige innholdet, er teater-institusjonen bygd på en forestilling om at følelsene kan åpne opp for en sannhet som den kjølige fornuften ikke så lett ser.

## **Sorgen på scenen**

Dette skillet må ikke tolkes slik at saklighet og informasjon er feil eller utilstrekkelig, men mer analytisk, som noe annet enn en estetisk opplevelse. Den saklige informasjonen om en sykdom, som demens, må nettopp være presis og korrekt, og en må skille mellom følelsene i forhold til sykdommen, og det rent faktisk medisinske. I teateret derimot, er det nettopp subjektiviteten som er det interessante. Det karakteristiske for teateret, er spillet. I forhold til den faktiske informasjonens «slik er det», er spillets modus hypotetisk: «tenk om det var slik». Mens man i møte med en faktisk diagnose, hos seg selv eller sine nærmeste, i utgangspunktet må forsøke å holde følelsene i sjakk og forholde seg til det saklige, er det saklige på teateret hypotetisk eller knyttet til en rolle. Man inviteres inn til å identifisere seg

med noen på scenen, men disse personene er ikke en selv. Det er ikke det faktiske som er hovedsaken – for eksempel om Lars Hertervig virkelig hadde en søster, og om hun led av en demens-sykdom, slik Fosse skildrer det i *Melancholia II*. Hovedsaken er om vi lever oss inn i hennes situasjon, og eventuelt kjenner igjen noe fra eget eller våre nærmestes liv. Subjektiviteten og opplevelsen blir hovedsaken.

På scenen skapes det et rom hvor man kan oppleve følelsene gjennom stedfortreder. Denne åpningen for å oppleve gjennom andre, gir paradoksalt nok større rom til å oppleve sine egne følelser, enn når man forholder seg direkte. Dette er et kjent fenomen i sorgproblematikk. Den egne, sterke sorgen blir for overveldende til at man tør å oppleve den, derfor blir den stengt inne og «frosset ned». Noen opplever at de får kontakt med sine egne følelser gjennom mindre sorger; når en fjern bekjent dør, eller når man leser om andres sorg. Dette gav også informantene uttrykk for. De forteller at de relaterte det som skjedde på scenen til egne livshistorier, og de forteller at de fikk gjennomleve sine egne følelser, gjerne med gråt og tårer, men samtidig på en god måte, som en klump som løste seg opp, som en sier, som en renselse for sjelen, sier en annen.

## **Spill og identifikasjon**

Disse mekanismene kan også analyseres i lys av det Hans-Georg Gadamer skriver om spillet, som på tysk (Spiel) omfatter både skuespill og musikk, i tillegg til spill som lek. Når man går inn i et spill, må man velge om man vil delta i fullt alvor. Dersom man deltar halvhjertet, har man ingen glede av spillet, enten det dreier seg om fotball eller teater. Men dersom man setter seg selv i spill, så å si, vil man også få glede – eller skuffelse – av spillet. Og når spillet er i gang, opplever man også å bli en annen, låne en identitet. Man blir den spillet gjør en til. Dette anvender Gadamer også som et perspektiv på språk og lesning: Når man leser, kan man gå ut og inn av teksten som man vil. Boken kan når som helst lukkes. Men leser man for alvor, da settes egen forståelse på spill, etter hvert blir man også lest av det man leser. I dette ligger en mulighet til selvforståelse, som hos Gadamer alltid er en side ved ekte forståelse (Gadamer 2004: 101).

Ut fra dette ser vi at Gadamer skriver om en forståelse som ikke bare dreier seg om faktisitet. Den dreier seg alltid også om eksistens; hva den faktiske kunnskapen innebærer for meg.

## **Scene og sanselighet**

I forhold til informasjon om sykdom og helse, kan det være viktig med et analytisk skille mellom fakta-kunnskap og eksistens-kunnskap. Og det er selvfølgelig viktig at faktakunnskapen er presis og pålitelig. Medisinsk informasjon kan ikke avløses av varme ord og følelser. Men så snart man går videre til en refleksjon over hvordan helseinformasjon skal bli mest mulig effektiv, så kommer man til spørsmålet om hvordan den best blir tilegnet og integrert. Og da er vi allerede utenfor det den objektive kunnskapen kan formå. Innholdet må formidles i forhold til betydningen i eget liv.

Det er i disse prosessene at teaterbygget og teaterscenen kan tjene som en annen plattform. Medisinsk informasjon kan gi prognoser, men ikke håp, stille diagnoser, men ikke trøste.

Estetiske framstillinger av livsproblemer knyttet til sykdom, kan gå inn i dette feltet, ved å skape identifikasjon og gjenkjennelse, og gjennom gjenkjennelsen overskridelse. Å se sin egen sorg og fortvilelse framstilt som et allmenmenneskelig problem, noe som mange deler og har opplevd, gir i seg selv en form for trøst. Det er en trøst som scenen kan gi, med sin paradoksale blanding av nærhet og distanse. «Det føltes godt å gå ut derfra», skriver en informant som stod midt oppe i akkurat det samme som Odveig Klyves tekst handlet om. «Musikk kan gjøre vondt, musikk kan helbrede. Nå var den helbredende», sier en annen.

Forholdet mellom fakta-informasjon og estetisk framstilling ligger også på et annet nivå. En av betydningene av estetisk, er sanselig, det som kommer til oss gjennom sansene. Det var påfallende hvordan de konkrete elementene i forestillingene gjorde inntrykk. Det gjaldt maleriene i Hunderis forestilling, bildet av en liten jente i lek ved siden av en tom rullestol, som dekket sceneteppet og slik bokstavelig talt ble bakteppe for Klyves tekster, fortellingen om hvordan en velmenende svigerinne sårer Oline i Fosses tekst, når hun ubedt begynner å vaske huset. Det som virker sterkest, og som blir husket og referert i fokusgruppene, er påfallende ofte de sanselige kvalitetene: hvordan ser man på blikket til den demente når hun eller han mister kontakten med nåtiden, og vandrer tilbake i minnene? I den siste forestillingen ble det også vist noen bilder fra gamle Molde, og dette fanget også oppmerksomheten. Kombinasjonen med musikk blir nevnt i hver forestilling, og oppsummerende blir det sagt at «musikk er balsam for sjelen». Her har selvfølgelig teateret et repertoar som er større enn det man har tilgjengelig i vanlig informasjons-virksomhet.

## Helhet og helbredelse

Men sammenstillingen av teater og helsevesen handler om langt mer enn informasjon. Som vi var inne på, finnes det en spenning mellom en objektiverende og en subjektiverende tilnærming i helsevesenet. Den første har utgangspunkt i teknologi og avansert medisinsk kunnskap, og har skapt helt nye muligheter for å bekjempe sykdom. Tilnærmingen består i å nærme seg mennesket som kropp, anatomi, og forstå prosessene i kroppen innenfor et strengt biologisk perspektiv. Her vil det subjektive aspektet spille en minimal rolle, og metodene som blir brukt for å innhente kunnskapen, forsøker også å eliminere det subjektive aspektet. Som vi pekte på, har denne forståelsen spilt en vesentlig rolle også i utformingen av bygningsmassen i helsevesenet. Med Antonovskys kan en si at den dominerende tenkemåten har vært patogenetisk; en forsøker å forstå sykdommen og fjerne den gjennom teknologiske virkemidler.

Dersom denne tankemåten blir helt enerådende, blir pasientene skadelidende, ved at deres opplevelse og fortolking av det som skjer, blir satt til side. Det er betenkelig i et maktperspektiv, men ut fra Antonovskys tankegang er det også helsemessig betenkelig. Man fokuserer ikke tilstrekkelig på helbredelsesprosessen. Og i helbredelsesprosessen, kroppens evne til å utholde og mestre stress og påkjenninger av ulikt slag, spiller den subjektive opplevelsen en viktig rolle. Opplevelsen av sammenheng og mening har betydning, ikke bare for at pasienten skal være ved godt mot, men også for tilfriskningen. Dette innebærer at et perspektiv på helse som ikke tar pasientens opplevelse og subjektivitet med i regnestykket, faktisk overser en vesentlig komponent i helbredelsen. Det er en tankevekkende parallell mellom Gadamers vekt på å forstå gjennom foregripende og korrigerende helheter, og Antonovskys fokus på at opplevelsen av helhet, faktisk gir bedre helse og mestringssevne. Dette gir store perspektiver, når vi vet at selve bygningsmassen i store grad er konstruert med



tanke på helse-arbeideren og på selve den medisinske behandlingen, i mindre grad med tanke på pasientens opplevelse.

Vårt forskningsprosjekt har ikke undersøkt pasientenes opplevelse, men de pårørendes. Men perspektivene ovenfor gjelder også dem. Pårørende til mennesker med demens har det store personlige utfordringer. Gruppen er også utsatt for større sykkelighet enn andre (Prince and Jackson 2009). Det kan henge sammen med hvorvidt de får hjelp til å oppleve noen meningsfull sammenheng. Det er krevende, fordi demens-sykdommen krever så stor innsats, tålmodighet og overbærenhet fra de som er omkring. De positive opplevelsene av livshjelp og inspirasjon som våre informanter forteller om, ville trolig også la seg overføre om man bruke teateret som formidlingsinstans overfor mennesker som lider av en sykdom selv, og som får sin situasjon gjennomlyst på en scene.

Nettopp her kommer kontakten med teateret og hele den estetiske tankemåten inn som en ressurs. Vår prosjekt gir et eksempel på dette, men feltet er langt større enn vårt prosjekt, og kan utforskes videre. Eller for å la en av informantene få det siste ordet: «Fortsett med det, jeg tror dere har truffet publikum nå.»

## Litteratur:

- Antonovsky, Aaron(2000): *Helbredets mysterium:at tåle stress og at forblive rask*.København: Hans Reitzel Forlag.
- Colliander, Marie-Anne, Lena Stråhle og Christina Wehner-Godée (red) (2010) : *Om värden och omvärlden : pedagogik i praktik och teori med inspiration från ReggioEmilia* Stockholm: Stockholms universitets förlag.
- Fosse, Jon (1996): *Melancholia II*. Oslo: Samlaget.
- Foucault, Michel (1991): *Galskapens historie*. Oslo: Gyldendal.
- Gadamer, Hans-Georg (2004) : *Sandhed og metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutikk*. Århus: Systime.
- Gjengedal, Eva, Aina Schiøtz og Astrid Blystad (2008): *Helse i tid og rom*. Oslo: Cappelen.
- Gjengedal, Eva og Ragnar Fjelland (2008): «Livsverden, arkitektur og sykdom», i Gjengedal Eva o.a.: *Helse i tid og rom*. Oslo: Cappe len.
- Gottlieb, B.H., Wolfe, J. 2002 Coping with caregiving to person with dementia: a critical review *Aging Ment Health*. Nov; 6 (4): 325-42.
- Hagen, P.I. 2006 *Å være pårørende til demenssyke i eget hjem*. Høgskolen i Sør-Trøndelag.
- Hauge, Solveig og Frode Jacobsen(2008): *Hjem, eldre og hjemlighet*. Oslo: Cappelen.
- Hunderi, Inger Anne Ree og Ola (2009): *Vegen inn i skoddeheimen*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Klyve, Odveig (2006): *Det andre blikket*. Oslo: Cappelen.
- Larsen, Inger Beate (2009): «*Det sitter i veggene.*»*Materialitet og mennesker i distriktpsykiatriske sentra*. Bergen: Universitetet.
- Løchen, Yngvar (1998): *Det gjenstridige livet*. Oslo: Tiden.
- Martinsen, Kari(2002): «Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid». I Bjørk , Ida Torunn, Sølvi Helseth, Finn Nortvedt (red): *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal.
- Nordtug, B. 2003 Den langsomme sorgen: psykiske reaksjoner hos ektefeller til personer som utvikler Alzheimer sykdom, (Vol. peport 44, p.129) Trondheim: Norges teknisknaturvitenskapelig universitet, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
- Prince, M., Jackson J. 2009 Alzheimer's disease International World Alzheimer report.

Sørbø, Jan Inge (2010): *Lyset frå fars ansikt*. Oslo: Samlaget.

Ulstein, I., Wyller, T.B., Engedal, K. 2007 The relative stress scale, a useful instrument to identify various aspects of carer burden in dementia?, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22:61-67.

Østerberg, Dag(1998) : *Arkitektur og sosiologi i Oslo*. Oslo: Pax.

Østerberg, Dag (1990): «Det sosio-materielle handlingsfelt» i Deichmann-Sørensen, Trine og

Ivar Frønes (1990): *Kulturanalyse*.Oslo: Gyldendal