

Perspektiver på psykososial helse

Anders Johan W. Andersen og Siri Håvås Haugland (Red.)

Perspektiver på psykososial helse



FAGBOKFORLAGET

Boken ble første gang utgitt i 2025 på Vigmostad & Bjørke AS.

Redaksjonelt arbeid, utvalg og introduksjon © Anders Johan Wickstrøm Andersen og Siri Håvås Haugland 2025. Hvert enkelt kapittel © den respektive forfatter 2025.

Dette verket, tilgjengelig fra <https://oa.fagbokforlaget.no>, omfattes av åndsverksloven og er lisensiert under følgende Creative Commons-lisens: Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal (CC BY 4.0).

Denne lisensen gir tillatelse til å kopiere, distribuere eller spre materialet i hvilket som helst medium eller format, og til å remikse, endre eller bygge videre på materialet til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle. Disse frihetene gis på følgende vilkår: Du må oppgi korrekt kreditering, oppgi en lenke til lisensen, og indikere om endringer er blitt gjort. Du kan gjøre dette på enhver rimelig måte, men uten at det kan forstås slik at lisensgiver bifaller deg eller din bruk av materialet. Du kan ikke gjøre bruk av juridiske betingelser eller teknologiske tiltak som lovmessig hindrer andre i å gjøre noe som lisensen tillater.

For å se en kopi av denne lisensen, besøk <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.no>

Lisensen gir deg ikke nødvendigvis alle de tillatelser som er nødvendig for din tiltenkte bruk. For eksempel kan andre rettigheter, som reklame-, personvern-, eller ideelle rettigheter, sette begrensninger på hvordan du kan bruke materialet.

Boken er fagfellevurdert i henhold til Universitets- og høyskolerådets retningslinjer for vitenskapelig publisering.

Boken er utgitt med støtte fra Universitetet i Agder.

ISBN trykt utgave: 978-82-450-5816-1
ISBN digital utgave: 978-82-450-5318-0
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa5502>

Spørsmål om denne utgivelsen kan rettes til:
fagbokforlaget@fagbokforlaget.no
www.fagbokforlaget.no

Omslagsdesign: Vegard Bolstad
Sats: HAVE A BOOK



Miljøfyrtårn

Forord

Institutt for psykososial helse ved Universitetet i Agder ble etablert som eget institutt i 2010, og nesten like lenge har vi tenkt at det bør skrives noe om hva psykososial helse handler om, og hvordan det kan forstås.

Denne boken har med andre ord hatt et langt svangerskap. Det skyldes flere forhold, men tjener mest av alt som en illustrasjon på en modningsprosess og en vilje til å skrive frem et begrep og et fagfelt på norsk.

Det har vært et prosjekt som har utforsket sammenhenger mellom natur og kultur; mellom individ og samfunn, uten å ha til hensikt å finne et svar med to streker under.

Det er et arbeid som stadig er underveis, og på mange måter kan det være treffende å sitere Winston Churchill: «Nå er ikke dette slutten. Det er ikke engang begynnelsen på slutten. Men det er kanskje slutten på begynnelsen».

For mest av alt er denne boken en invitasjon til å utforske begrepet psykososial helse, til å ta det i bruk og utvikle forståelsen av det videre i både utdannings-, forsknings- og praksisfelt.

Vi vil takke forfatterne for utholdenhet og gode samtaler over flere år, og håper de fortsetter. Dernest vil vi takke våre kritiske venner regionalt, nasjonalt og internasjonalt for både med- og motvind i faglige diskusjoner. En særlig takk til Universitetet i Agder for støtte til utgivelse av boken.

Aller mest ønsker vi å takke deg som leser, og håper du blir inspirert til videre utforskning av psykososial helse i teori og praksis.

God lesning!

Grimstad, 18. februar 2025

Anders Johan W. Andersen og Siri Håvås Haugland

Innhold

| | |
|---|-----------|
| Innledningskapittel | |
| Med oppmerksomheten rettet mot menneskers livsvilkår – en introduksjon til bokens prosjekt | 11 |
| <i>Anders Johan W. Andersen og Siri Håvås Haugland</i> | |
| Kapittel 1 | |
| Psykososial helse – bidrag til en begrepsforståelse | 19 |
| <i>Anders Johan W. Andersen</i> | |
| Del 1 | |
| Psykososial helse: forståelser og beskrivelser av menneskers livsutfordringer | 35 |
| Kapittel 2 | |
| Barn og fattigdom i et psykososialt perspektiv | 37 |
| <i>Siv Kristine Schrøder og Anne Brita Thorød</i> | |
| Kapittel 3 | |
| Et evolusjonært perspektiv på psykososial helse | 57 |
| <i>Carsta Simon</i> | |
| Kapittel 4 | |
| Meninga med livet – hvor blir den av? | 75 |
| <i>Hildegunn M. T. Seip og Dagfin Ulland</i> | |
| Kapittel 5 | |
| I et rom i et hus i en have | |
| Psykososial helse som forbindelser mellom mennesker og materialitet | 93 |
| <i>Inger Beate Larsen og Jan Georg Friesinger</i> | |
| Kapittel 6 | |
| Vanskelige barndomsopplevelser setter spor | 107 |
| <i>John-Kåre Vederhus og Siri Håvås Haugland</i> | |

Kapittel 7

Det potensielle regime

Mot en forebyggelseslogikk med måtehold 125

Jonas Højgaard Frydenlund

Kapittel 8

Korrespondanse

En ny inngang til forståelse av bedring i psykososialt helsearbeid 141

Odd Kenneth Hillesund og Bård Bertelsen

Kapittel 9

Funksjonell analyse – å forstå seg selv og andre 157

Silje Haugland

Kapittel 10

Foreldrefyll, sprukken idyll og barnas psykososiale helse 177

Siri Håvås Haugland

Kapittel 11

Subtelt kroppspress

Om hvordan kroppspresse kan påvirke psykososial helse 189

Venke Frederike Johansen og Therese Marie Andrews

Del 2

Psykososial helse – arbeid med å fremme og bedre menneskers livsvilkår 205

Kapittel 12

Om å komme seg

«Recovery» i kontekst 207

Alain Topor

Kapittel 13

Å bygge et psykisk helsevern nedenfra, én samtale av gangen 227

Bård Bertelsen

Kapittel 14

Barnets beste skal alltid prioriteres 243

António Barbosa da Silva og Erna Ulland

| | |
|--|-----|
| Kapittel 15 | |
| Mestring og resiliens i et psykososialt perspektiv – betydningen av mulighetsstrukturer | 259 |
| <i>Janne Lund og Helen Kolb</i> | |
| Kapittel 16 | |
| Familieterapeutiske perspektiver | |
| Et bidrag til psykososialt helsearbeid? | 275 |
| <i>Per Arne Lidbom og Odd Kenneth Hillesund</i> | |
| Kapittel 17 | |
| Balansekunst – når brukerkunnskap er en del av undervisningen | 289 |
| <i>Siv Kristine Schrøder og John-Kåre Vederhus</i> | |
| Kapittel 18 | |
| Psykososialt arbeid sekund for sekund | |
| Livliggjørende øyeblikk og dialoger med smutthull | 305 |
| <i>Tore Dag Bøe, Per Arne Lidbom og Wenche Winterstø</i> | |
| Forfatteromtaler | 323 |

Andersen, A. J. W. & Haugland, S. H. (2025). Med oppmerksomheten rettet mot menneskers livsvilkår – en introduksjon til bokens prosjekt. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 11–17). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550200>

Innledningskapittel

Med oppmerksomheten rettet mot menneskers livsvilkår – en introduksjon til bokens prosjekt

Anders Johan W. Andersen og Siri Håvås Haugland

«Vi kan ikke stige ned i samme elv to ganger, fordi både elven og vi selv er blitt forandret i mellomtiden». Dette utsagnet er tilskrevet den greske filosofen Heraklit, og brukes som en illustrasjon på en grunnleggende erkjennelse om at verden kontinuerlig er i bevegelse. Det gjør også at de ordene vi bruker for å beskrive ulike aspekter i verden, endrer seg med tiden. Dette viser seg på mange samfunnsområder. Ord og begreper som tidligere var i daglig bruk og ble betraktet som uproblematisk, kan senere bli oppfattet som både diskriminerende og krenkende.

Innen skjønnlitteraturen har dette gitt seg utslag i at enkelte bøker blir språklig gjennomgått og ord og begreper blir byttet ut for å gi bøkene et mer moderne og språklig akseptabelt uttrykk. Dette gjelder for eksempel Astrid Lindgrens omtale av Pippis far som «negerkonge». I nyere utgaver omtales han som «sydhavskonge». På beslektede måter blir også enkelte verk redigert og noe utelatt i nyere utgaver. «Visen om vesle Hoa» er for eksempel tatt ut av repertoaret i nyere utgaver av sangskattene til Torbjørn Egner. Ord og begreper tar farge av verdier og kulturelle tradisjoner som endres over tid, og krever nytt språk.

En slik begrepsutvikling finner du også innen ulike fagfelt, og da ikke minst innenfor helse- og sosialfagene. På 1700-tallet var f.eks. ordet «vanvittig» et substantiv som beskrev mennesker med bestemte helseutfordringer, mens ordet i dag mest brukes som et forsterkende adjektiv. Da Jorunn Stiansen vant Idol i 2005, viste hun med all tydelighet at ordet «sinnssyk» hadde gått samme vei. Ordet hadde for lengst mistet sin opprinnelige betydning innen helse- og sosialtjenestene. Slik kunne vi fortsatt.

Dette handler om at både forståelser og beskrivelser av menneskelige fenomener og problemer endrer seg og krever nye ord, men også at fenomener og problemområder oppstår og forsvinner som følge av utviklingen. Det betyr at enkelte begreper skrives inn i historien, mens andre vokser frem som mer sentrale. Vi trenger nye ord for nye fenomener. Historien viser at denne utviklingen ikke nødvendigvis skjer uten motsetninger og kamp, og slike endringer tar derfor ofte tid både i offentligheten og i ulike fagfelt.

Psykososial helse er en forholdsvis ny begrepsammenstilling på norsk, og passer inn i en slik innramming. Det er noen perspektiver og tradisjoner som ønskes tydeligere løftet frem gjennom en slik begrepsammenstilling. Det skaper behov for å utforske og beskrive de faglige perspektivene og de samfunnsutfordringene som rammes inn av begrepet.

Gjennom å peke på noen sentrale utfordringer knyttet til helse og livsvilkår i Norge vil forfatterne av denne boken gi psykososial helse et klarere meningsinnhold og angi en retning for hvordan disse utfordringene kan møtes på en måte som skaper et bedre samfunn for alle. Det handler om utfordringer i mellomrommet mellom individ og samfunn, mellom det personlige og det fellesmenneskelige, mellom det sagte og erkjente og det usagte og ikke erkjente, mellom det naturgitte og det kulturbestemte.

Formålet med antologien er å utforske og kritisk diskutere det livsinnholdet og den verdensanskuelsen som dekkes av psykososial helse. Det er bokens røde tråd. Det har ikke vært et mål å presentere en avgrenset definisjon av hva psykososial helse er. Psykososial helse er en måte å forstå menneskers livsutfordringer på, og gjennom at dette perspektivet får plass i ulike fagfelt, vil bruken av begrepet variere både teoretisk og praktisk.

Bokens innhold og oppbygging

Vi har valgt å strukturere bokens kapitler i to hovedbolker. I den første delen har vi samlet kapitler som legger en hovedvekt på forståelser og beskrivelser av menneskers livsutfordringer og prosesser som skaper god psykososial helse, mens den andre delen forener forfattere som i hovedsak retter oppmerksomheten mot arbeid for å fremme og bedre menneskers livsvilkår og psykososiale helse. Inndelingen er konstruert, og flere av kapitlene vil omhandle tema med relevans for begge delene. Samtidig antyder det et tyngdepunkt i kapitlene, og peker på en vesentlig del av psykososial helse som fagfelt. Det handler både om teorier og praksiser.

Aller først starter vi imidlertid med et kapittel som skriver frem ulike tolkninger av psykososial helse ved hjelp av språkvitenskap og en analyse av hva som ligger iboende i selve begrepet. Professor Anders Johan W. Andersen viser hvordan begrepet til nå har blitt brukt i faglige sammenhenger, og avslutter med å trekke veksler på internasjonale definisjoner av «psychosocial health». Det er viktig å understreke at disse tolkningene av psykososial helse ikke har vært et grunnlag for de andre forfatterne i boken, og derfor ikke må forstås som en overordnet innramming av de påfølgende kapitlene.

Del 1: Psykososial helse: forståelser og beskrivelser av menneskers livsutfordringer

Den første delen består av ti kapitler, og starter med et kapittel om barn og fattigdom. Her ser dosent emerita Anne Brita Thorød og førsteamanuensis Siv Kristine Schrøder nærmere på hvordan det er mulig å forstå fattigdom og dens konsekvenser, og hva dette kan bety for de offentlige tjenestenes innsats overfor barn i fattige familier. De viser særlig oppmerksomhet overfor den sosiale dimensjonen og viser hvordan fattigdom gir utfordringer i mellomrommet mellom individ og samfunn.

I neste kapittel retter professor Carsta Simon oppmerksomheten mot evolusjonsteori. Den forklarer hvordan psykososial helse påvirkes ved at premissene er lagt både i vår genetiske arv og i hver persons erfarte samspill med omgivelsene. Forfatteren viser hvordan danning av vaner som muliggjør god psykososial helse, kan forklares og håndteres med utgangspunkt i et evolusjonært perspektiv.

Førsteamanuensis Hildegunn Marie Tønnessen Seip og professor emeritus Dagfinn Ulland argumenterer for at psykososial helse handler om hvordan hver enkelt av oss skaper mening i livet, og peker på betydningen av at helsearbeidere forstår og arbeider med eksistensielle og kulturelle temaer. Deres kapittel øker forståelsen for hvorfor og hvordan eksistens og kultur kan være viktige og helsefremmende temaer i psykososialt arbeid.

Psykososial helse som forbindelser mellom mennesker og materialitet gir rammen for kapitlet forfattet av professor emerita Inger Beate Larsen og førsteamanuensis Jan Georg Friesinger. Deres anliggende er å løfte frem betydningen av de materielle vilkårene for psykososial helse, og vise hvordan mennesker er innlemmet i det fysiske, sosiale og politiske terrenget, og hvordan dette terrenget kan bidra til å fremme eller hemme psykososial helse for beboerne i ulike bofellesskap.

Professor John-Kåre Vederhus og professor Siri Håvås Haugland vil i sitt kapittel belyse hvordan vanskelige barndomsopplevelser kan sette spor som preger mennesker også i voksen alder. Her bruker de data fra en fylkeshelseundersøkelse i Agder der mer 28 000 voksne egder deltok. De finner at de som har hatt flere typer vanskelige barndomsopplevelser, i større grad enn andre opplever livsbelastninger i voksen alder knyttet til økonomi, sosiale forhold og psykiske helse.

Førsteamanuensis Jonas Højgaard Frydenlund setter søkelys på forebyggende arbeid i sitt kapittel. Han maner til refleksjon over den bakenforliggende logikken til forebyggende arbeid, og tilbyr ulike verktøy for å hjelpe til med dette refleksjonsarbeidet. Ifølge forfatteren har ikke denne forebyggelseslogikken noe endepunkt, og kan spise seg inn på utallige områder i livet. Formålet med kapitlet er følgelig å skape en erkjennelse av og gjenkjennelse av selve forebyggelseslogikken slik at den ikke tar overhånd, men kan brukes med måtehold.

Neste kapittel handler om ulike måter å forstå bedringsprosesser på. Universitetslektor Odd Kenneth Hillesund og førsteamanuensis Bård Bertelsen tar utgangspunkt i en bedringsprosess, og belyser dette gjennom tre forskjellige begrepsapparater, heriblant begreper hentet fra det de omtaler som korrespondanseperspektivet. De argumenterer for at dette perspektivet inviterer til å nærme seg psykososialt helsearbeid på måter som anerkjenner at det vi jobber med, er liv, og at det som er hensikten med arbeidet, er å pleie dette livet slik at det vokser videre og blomstrer.

Funksjonell analyse er betegnelsen på ulike systematiske måter å innhente informasjon på for å forstå og analysere atferd, og i neste kapittel bruker førstelektor Silje Haugland denne teoretiske referanserammen for å sette søkelys på atferd som utfordrer hos personer med kognitive funksjonsnedsettelse. Kapitlet gir et overblikk på hva funksjonelle analyser er, og hvordan det kan benyttes for å bidra til bedre psykososial helse.

Det har vært mye forskning på skadevirkninger av alkoholbruk for den som drikker, men internasjonalt har det vært sterkere søkelys på negative konsekvenser for menneskene rundt. Professor Siri Håvås Haugland er i sitt kapittel opptatt av at barn er i en særlig sårbar situasjon fordi de ikke er i posisjon til å velge seg bort fra vanskelige livsforhold. Hun beskriver eksisterende forskning om psykososiale konsekvenser av foreldres alkoholbruk og presenterer nye funn basert på Fylkeshelseundersøkelsen i Agder.

Å ha et positivt kroppsbilde er én av mange faktorer som kan bidra til god psykososial helse. Det som ofte kalles kroppspress, kan bidra til det motsatte. I dette kapitlet retter førsteamanuensis emerita Venke Frederike Johansen og professor Therese Marie Andrews søkelyset mot hvordan kroppspress kommer til uttrykk i markedsføring av kosmetisk kirurgi. Kapitlet viser hvordan markedsføringen har et subtilt budskap om at kvinner bør granske seg selv for feil og mangler, og kirurgi kan være en løsning når kroppen ikke innfrir de kulturelle forventningene.

Del 2: Psykososial helse – arbeid med å fremme og bedre menneskers livsvilkår

Fra å ha vært en kontroversiell tanke og praksis har «recovery» blitt den dominerende visjonen når det gjelder psykiske helse i lokale, nasjonale og internasjonale policydokumenter. Dette slår professor emeritus Alain Topor fast i det første kapitlet i del 2. I sitt kapittel setter han begrepet recovery og prosessen med å komme seg, i en sosio-materiell, relasjonell og kulturell sammenheng, og oppsummerer den kunnskapen som har vokst frem om faktorer og aktører som kan påvirke prosessen med å komme seg.

I kapitlet «Å bygge et psykisk helsevern nedenfra» blir vi kjent med et lavterskeltilbud i regi av psykisk helsevern for barn og unge på Sørlandet. Førstemanuensis Bård Bertelsen gir leserne innblikk i hvordan tjenester kan bli lettere tilgjengelig og utvikles i tett samarbeid med de som «har skoene på». Slik sett blir det et eksempel på hvordan tjenesteorganisering og tilgjengelighet til kompetanse kan styrke arbeidet med å fremme og bedre ungdommers livsvilkår.

Vi opprettholder oppmerksomheten overfor barn og unge også i neste kapittel, for her utforsker professor emeritus Antonio Barbosa da Silva og førstelektor emerita Erna Ulland hva som er god omsorg for barn som utsettes for omsorgssvikt. De retter søkelys mot de etiske problemstillingene som helse- og sosialarbeider med omsorg for barn og unge står overfor, og stiller spørsmålet: Hvilke etiske forpliktelser har helsearbeidere i møte med barn som utsettes for vold og omsorgssvikt, og hva kan hindre dem i å oppfylle disse forpliktelser?

Førstemanuensis Janne Lund og høyskolelektor og stipendiat Helen Kolb peker på betydningen av mestring og resiliens for psykososial helse i ungdomsår. Basert på teori av Michael Ungar og eksempler fra egne forskningsprosjekt vektlegges særlig de sosiale aspektene av mestring og resiliens. Disse systemene og sammenhengene kan være både støttende systemer i nettverk og i velferdsstaten, men også forståelser i samfunnet av hva det betyr «å klare seg», og hva som er «god mestring». Forfatterne reflekterer over nytten av begrepene psykososial mestring og psykososial resiliens.

Psykososialt helsearbeid har mange tilgrensende områder, og i kapittel 16 viser førstelektor (ph.d.) Per Arne Lidbom og universitetslektor Odd Kenneth Hillesund hvordan familierapien kan berike og utdype forståelser innen

psykososialt helsearbeid. De løfter frem sider ved familierapien, og dens historie, som kan være til nytte i videreutviklingen av arbeidet med å fremme og bedre mennesker psykososiale helse.

De siste tiårene har det blitt lagt stor vekt på å ta inn brukerperspektivet i offentlige helsetjenester, særlig innen psykososial helse. Dette har ført til en utvikling der erfaringer fra personer med brukererfaringer også inkluderes i undervisningen innen helse- og sosialfag. I dette kapitlet ser førsteamanuensis Siv Kristine Schrøder og professor John-Kåre Vederhus nærmere på hvilke muligheter og utfordringer som oppstår når personer med erfaringsbasert kunnskap inkluderes i undervisning.

Avslutningsvis foreslår professor Tore Dag Bøe, førstelektor (ph.d.) Per Arne Lidbom og spesialsykepleier og familierapeut Wenche Winterstø at psykososialt helsearbeid kan forstås som et arbeid for å skape sosiale rom som er livgjørende. Utgangspunktet er samtaler med en 15 år gammel jente og en helsearbeider, og ideer og begreper fra sosiologien til Johan Asplund og filosofien til Mikhail Bakhtin. Det understreker samtidig at det er nødvendig å skape smutthull der en kan tre inn og ut av det sosiale samspeillet for å unngå at de sosiale rommene blir små fangehull.

Andersen, A. J. W. (2025). Psykososial helse – bidrag til en begrepsforståelse.
I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse*
(s. 19–34). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550201>

Kapittel 1

Psykososial helse – bidrag til en begrepsforståelse

Anders Johan W. Andersen

Språk kan referere til og skape virkelighet. Ordene vi velger for å beskrive eller navngi noe (eller noen) uttrykker et bilde av dette «noe», og skaper samtidig et bilde av hvordan dette «noe» skal forstås. Språket blir dermed noe mer enn et redskap for kommunikasjon. Valg av ord tar farge av avsenderens grunnleggende antakelser om verden, og inviterer mottakeren til å akseptere og bygge videre på denne iboende og ofte uuttalte stillingstaken. Språket blir med andre ord også en arena der det forhandles og kjempes om verdier og verdensanskuelser.

Det er noe av grunnen til at mange fagfolk har et reflektert forhold til etablert fagterminologi, og er forsiktige med å omfavne nye ord og begreper (Breivik, 2000). Språket vi bruker, både befester og forsterker forståelsesmodeller som i seg selv legger føringer for fagets «hva» og «hvordan». Det er derfor all mulig grunn til å utforske nye begreper både for å avdekke dets opphav og iboende betydning, for å identifisere dets mening i konkrete sammenhenger og for å kritisk diskutere hvilke interesser som settes i forgrunnen ved hjelp av begrepet. Det er da også ambisjonen med dette kapitlet.

Psykososial helse er en forholdsvis ny begrepsammenstilling på norsk, og fortjener en slik kritisk oppmerksomhet. Boken som helhet ivaretar samlet sett et slikt anliggende. I dette kapitlet skal vi utforske ulike tolkninger av begrepet ved hjelp av språkvitenskap og en begrepsnær analyse, og på den måten få frem begrepets betydningsmangfold. I kapitlet undersøkes begrepsammenstillingen ved hjelp av tre ulike forståelser av språk og dets forhold til verden. Disse tre posisjonene er inspirert av diskursteori (jf. Potter & Wetherell, 1987), og brukes i sin rendyrkede form for å gi en analytisk tilgang til tre ulike tolkninger av begrepet psykososial helse. Avslutningsvis oppsummeres diskusjonen gjennom å vise til internasjonale definisjoner av begrepet.

Språket re-presenterer verden

Den første posisjonen bunner i en antakelse om at språket kan fange inn verden slik den er. Ordene blir da en avbildning av verden. De skal stemme overens med en eksisterende, oftest naturgitt orden, og re-presentere virkeligheten på en kontekstuavhengig måte. Tanken er at det eksisterer en naturlig sammenheng mellom tingene¹ i verden og tingenes navn i språket.

Ordene har en referanse til tingene som er uavhengig av tid og sted. En «hund» er en «hund» uansett når du ser den på døgnet, og uansett på hvilket sted du befinner deg. Språket skal representere virkeligheten og må renses og bringes til klarhet slik at presisjonsnivået blir så høyt som mulig. På den måten kan vi kommunisere og oppnå en felles virkelighetsforståelse.

I denne posisjonen blir språket først og fremst et medium for å få frem et budskap, og det skal gjøres mest mulig eksakt. Språket blir en informasjonskanal; en budbringer, men ikke noe i seg selv. Det er som om en avsender pakker inn en bit av virkeligheten i et språk som mottakeren kan pakke ut og dermed få re-presentert denne biten av virkeligheten på nøyaktig samme måte som avsenderen pakket den inn. De færreste tenker i dag at dette er mulig, men vi opererer i noen sammenhenger som om et slikt en-til-en-forhold mellom virkelighet og språk eksisterer. (jf. Jaworski & Coupland, 1999; Potter & Wetherell, 1987).

Definisjoner og begrepsavklaringer blir helt sentrale. Det er ikke enkelt å identifisere «tingen» som «psykososial helse» skal re-presentere. Det handler mer om å ramme inn og dermed fremheve noen fenomener for på den måten å gjøre dem tilgjengelige for kommunikasjon og kunnskapsutvikling. I denne sammenhengen skal vi utforske det etymologiske opphavet til begrepet, og la dette stå som en mulig fortolkning ut fra denne posisjonen. Ifølge Hovdhaugen og Simonsen (2023) er etymologi eller ordhistorie «den delen av språkvitenskapen som tar for seg hvor ordene kommer fra. Det vil si ordenes avstamning, opprinnelse, slektskapsforhold og betydningshistorie».

1 Tingene kan her vise til konkrete gjenstander, men også til virksomheter, aktiviteter m.m. Det er dette «noe» eller «noen» som vi ønsker å kommunisere om.

Psykososial helse – et begrep for mestring gjennom fellesskap

Psykososial helse er et begrep sammensatt av ordene «psyko», «sosial» og «helse», og før vi utforsker begrepet som helhet, kan det være fruktbart å søke opprinnelsen til ordene hver for seg. Det er da nærliggende å starte med «helse», siden «psykososial» i denne sammenhengen må forstås som et adjektiv som betoner noen egenskaper ved substantivet «helse».

Helse stammer fra det norrøne ordet «heilsa», som igjen er beslektet med ord som betyr hel og sunn (Caprona, 2013, s. 1383). Å ha god helse kan slik sett forstås som å være hel, og ikke oppdelt på noen måte. Verdens helseorganisasjon (WHO) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022) definerer helse til å være en «tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser». Denne definisjonen kan brukes som en inngang til å forstå hvilken helhet helsen består i, og hvilke dimensjoner helsen er sammensatt av. Den åpner samtidig for begreper som fysisk helse, psykisk helse osv., og derigjennom en oppdeling av den helheten som helsebegrepet hviler på.

Den brasilianske psykiateren José Bertolote (2008) er opptatt av å bevare helsebegrepets sammensatthet og kompleksitet, og argumenterer for at en slik helhet kan understøttes gjennom å vise til ulike dimensjoner ved mennesket. Han argumenterer for at faren først oppstår når de ulike aspektene blir gjort til nye disipliner og egne forståelser av helse. Av den grunn understreker han at WHO ikke så for seg en oppdeling av helse i henholdsvis fysisk, psykisk og sosial helse. Spørsmålet blir da hva adjektivet «psykososial» gjør med helsebegrepets flerdimensjonalitet og iboende helhetsforståelse.

Forstavelsen «psyko» stammer fra det greske ordet «psyke», som opprinnelig betyr livsånde, eller det som puster liv (Caprona, 2013, s. 1434). Det er den livskraften som gjør oss til noe mer enn biologi. Det handler om det som gir mening i livet, det som gir håp, det som gir oss muligheter til å oppleve egenverd, det som skaper sammenheng i tilværelsen. Det handler om det som gjør hver og en av oss spesielle hver på vår måte, det som gjør oss til unike individer.

Ordet «sosial» kommer fra det latinske «socialis», som er avledet av «socius», som betyr forbundsfelle. Ifølge Caprona (2013) betyr sosial: «som er skikket for liv i samfunn, i selskap med andre; som gjelder samfunnet og samfunnsforholdene» (s. 825). Det er et ord som viser til relasjoner til andre, til menneskelige fellesskap i stort og smått.

Med et slik opphav gir det mening at uttrykket «psykososial» samlet sett blir rammet inn på følgende måte i Store norske leksikon:

Psykososial er en fellesbetegnelse på psykiske og sosiale forhold av betydning for helse og mental fungering. Sosiale forhold kan angå barns oppvekstvilkår, hjemmeforhold, forhold på skolen, miljø på arbeidsplassen og så videre, mens psykiske forhold viser til personens måte å håndtere disse, kognitivt og emosjonelt (Svartdal, 2020).

Det viser til hvordan enkeltmennesker prosesserer sine møter og erfaringer med verden følelsesmessig og intellektuelt. Det handler om hvordan sosiale relasjoner innvirker på livskvaliteten til hvert enkelt menneske.

Den norske legen og helseforskeren Peter F. Hjort (1982) har på sin side kritisert definisjonen til WHO, og argumentert for at den fremmer et helseideal som gjør vanlige mennesker syke. Det ligger en fare for at definisjonen bidrar til å fremme det perfekte og uoppnåelige. Hjort (1982) anlegger et mer pragmatisk perspektiv og skriver at «helse er overskudd i forhold til dagens krav» (s. 16). Det handler om at mennesket må ha tilstrekkelige ressurser til å håndtere dagliglivets utfordringer.

Basert på denne korte analysen av opprinnelse og betydningshistorie så kan begrepsammenstillingen «psykososial helse» tolkes på følgende måte: *Psykososial helse handler om hvordan ulike fellesskap bidrar til å styrke menneskets kapasiteter til å mestre hverdagens utfordringer på måter som gir tilhørighet og opplevelser av egenverd.*

I en slik posisjon blir «psykososial helse» et smalere begrep enn «helse», i den forstand at adjektivet «psykososial» avgrenser helse til å handle om hvordan relasjoner og samvær med andre bidrar til å fremme helse. Det blir et tillegg som innskrenker betydningsmangfoldet i begrepet «helse». Eller uttrykt på en annen måte: Det bidrar til å konsentrere oppmerksomheten til enkelte dimensjoner ved menneskets helse.

Språket får sin betydning i den sammenhengen det blir brukt

Flere personer har pekt på det utilstrekkelige med den første posisjonen. En av dem var den sveitsiske lingvisten Ferdinand de Saussure (1857–1913). Litt forenklet er det mulig å argumentere for at han mente at språket ikke bare et medium for å formidle et budskap om verden, men også et system som formet verden. Ordenes betydning i det konkrete ble ofte løst fra sin opprinnelse. De rommet et betydningsmangfold, og fikk sin mening først når de ble studert i den sammenhengen de ble brukt, i det konkrete (Jaworski & Coupland, 1999; Potter & Wetherell, 1987).

Saussure regnes som grunnleggeren av semiologien. Det er en tegnlære som viser at et ord består av et uttrykk² og et meningsinnhold. For eksempel er en «hund» (uttrykk) «et vesen på fire ben som bjeffer» (meningsinnhold). Saussure sier da at uttrykket kan variere, mens meningsinnholdet er det samme. Ulike språk er et eksempel på det (for eksempel «en hund» og «a dog»).

På samme måte viser han at uttrykket kan være det samme, mens meningsinnholdet varierer. For en tid siden var det for eksempel en reklame for et nytt kredittkort som fristet kundene til lettvinthet ved flyreiser. Slagordet var «Bare dra og dra». Her brukes uttrykket «dra» med to ulike meninger: henholdsvis «trekk» og «reis». Det understreker nødvendigheten av å utforske ordenes bruk i det konkrete for å forstå ordenes meningsinnhold.

Dette er ikke minst relevant innen psykisk helsefeltet, der fagterminologi lekker ut i dagligspråket, men der betydningen av et ord som «depresjon» for eksempel ikke nødvendigvis er det samme for folk flest som det er i diagnosemanualen til WHO. Det tjener som inngang til en annen og mer pragmatisk tolkning av begrepet psykososial helse. Vi må studere bruken av begrepet.

Psykososial helse – et mangetydig faglig begrep

Denne andre posisjonen retter nettopp oppmerksomheten mot hvordan begrepet blir brukt i det konkrete. Fremstillingen i dette avsnittet er begrenset

2 Et uttrykk kan her være en vokal språklyd, et skriftlig tegn eller lignende. Det kan for eksempel også inkludere emojis.

til et søk etter fagfelleverderte vitenskapelige publikasjoner de siste 10 årene³, og er et forsøk på å identifisere tolkninger av begrepet basert på en analyse av bruken av ordet i faglig sammenheng.

Litteraturgjennomgangen viste at «psykososial helse»⁴ blir brukt i artikler som omhandler mennesker av alle kjønn, i alle aldre, på alle kontinenter og av fagpersoner på tvers av fag og profesjoner. Det ble mulig å skjelne mellom fire ulike dimensjoner i de inkluderte artiklene.

1. Psykososial helse – et begrep som beskriver menneskelige livsutfordringer

Psykososial helse brukes i flere artikler som en beskrivelse av helsemessige utfordringer som knyttes til f.eks. depresjon, angst, selvfølelse, psykiske lidelser og livskvalitet. Flere viser til bruk av standardiserte spørreskjema der noen utfallsmål sammenfattes under overskriften psykososial helse (f.eks. HRQoL, SF36). Andre bruker begrepet for å betone utfordringer knyttet til spesielle sykdommer. Det kan for eksempel være livsutfordringer for kreftoverlevende (Rhee et al., 2014), ungdom med artritt (Shopp-Worrall et al., 2018) eller mennesker med Klinefelter syndrom (Close, Fennoy, Smaldone & Reame, 2015). En fellesnevner er at de bruker begrepet for å få frem beskrivelser av vanskeligheter i livet. Det tjener som et paraplybegrep som mest av alt beskriver psykososial *uhelse*.

2. Psykososial helse – et begrep som forklarer menneskelige livsutfordringer

Dette kan tjene som en overgang til en annen dimensjon ved bruken av begrepet «psykososial helse». Grunntanken er at en svekkelse av menneskers psykososiale helse har stor forklaringskraft for å forstå utviklingen av andre

3 Jeg gjorde et søk på EBSCOhost i begynnelsen av januar 2023, og søkte etter fagfelleverderte publikasjoner på engelsk, norsk, dansk og svensk for perioden 2012–2022, med søkeordene «psychosocial health» og henholdsvis «concept» og «definition» nevnt i artikkelens abstract. Det gav totalt 35 ulike artikler, og disse danner hovedgrunnlaget for fremstillingen av bruken av begrepet i dette avsnittet.

4 Nærmere bestemt «psychosocial health».

problemer. Det brukes da ofte som en understrekning av at psykososial helse utvider perspektivet og inviterer til å forstå mennesket i en større sammenheng.

Det gjelder for eksempel om en skal forstå forekomsten av lav fødselsvekt hos barn av immigranter fra Mexico (Fleuriet & Sunil, 2015), røykevaner hos arbeidende kvinner og menn i Taiwan (Kuo & Chiang, 2013) eller urolige 3-åringer i Sverige (Agnafors et al., 2016). Deres ulike «utfordringer» henger sammen med en forutgående vanskelig livssituasjon.

Begrepet «psykososial helse» blir en markør for et perspektiv som setter lys på forklaringsvariabler utenfor individet, slik fattigdom kommer frem i studien om røykevaner i Taiwan: «En reduksjon av inntektsgapet mellom rik og fattig kan beskytte befolkningens fysiske og psykiske velvære og redusere utbredelsen av røyking» (Kuo & Chiang, 2013, s. 39, forf. oversettelse). Dette kan også handle om oppvekstvilkår og vanskelige livshendelser.

Enkelte artikler hviler også på teorier som er utviklet for å bidra med en slik sammenhengsforståelse. Salway et al. (2022) løfter for eksempel frem teorien til antropologen Merrill Singer (2009) om synergiske epidemier. Syndemier, som dette omtales som, utvikler seg på bakgrunn av f.eks. fattigdom, stigmatisering, stress og sosial ulikhet. Denne teorien retter derfor oppmerksomheten mot lokalsamfunn og sosiale forhold når komplekse helseutfordringer skal forstås.

3. Psykososial helse – et begrep som viser konsekvenser av andre livspåkjenninger

Mens den forrige dimensjonen gav psykososial helse kraft til å forklare fremveksten av sykdom og lidelse, så brukes begrepet i denne tredje dimensjonen mer for å forklare livsutfordringer som følger i kjølvannet av andre sykdommer. Det kommer som en konsekvens av noe annet. I denne bruken av ordet så viser det som regel til at menneskers psykososiale helse blir påvirket av andre helseutfordringer.

Saiki og Morales (2019) viser for eksempel hvordan urininkontinens kan påvirke folks trivsel og psykososiale helse i hverdagen, mens Demant og Oviedo-Trespalacios (2019) antyder at bruk av poppers (alkyl-nitrat) kan gi uheldige innvirkninger på unge homofile eller bifile menns psykososiale helse. Også hudlidelsen Melasma er opphavet til sviktende psykososial helse, ifølge studien til Khosravan et al. (2017).

Her er det flere eksempler. Grunnpoenget er at fysiske helseproblemer kan gi opphav til psykososiale helseproblemer som igjen kan forsterke problemene, men også gi opphav til flere og nye sykdommer. Det kan bidra til en negativ spiral som skaper større og større helseutfordringer.

4. Psykososial helse – et begrep som rammer inn et praksisfelt

Denne fjerde dimensjonen viser til en bruk av psykososial helse som referanse til et arbeidsfelt. Det er tekster som fokuserer på hvilke tiltak som kan gjøres for å forbedre menneskers psykososiale helse. Det kan for eksempel være artikkelen som viser hvordan tid brukt utendørs i dagslys gir bedre psykososial helse og mindre uro for mennesker med demens (Traynor, Fernandez & Caldwell, 2013), studien om utviklingen av helsefremmende skoler (Adamowitsch, Gugglebeeger & Dür, 2017) eller artikkelen som løfter frem spørsmål knyttet til toksisk maskulinitet og fokuserer på hvordan skape bedre psykososial helse hos gutter og unge menn gjennom å legge vekt på tilhørighet, motivasjon og autentisitet (Wilson et al., 2022).

En variant av denne bruken finnes i artikler som mer grunnleggende utforsker vilkår for å fremme god psykososial helse eller beskrivelser av beskyttende faktorer. Det kan handle om tilgang på sunn mat (Kendrick, Fantasia, Morse & Willis, 2022), betydning av høyere utdanning også i eldre år for å håndtere vanskeligheter (Solcová et al., 2021) eller tilgang på uberørt natur for rekreasjon (Atuoye, Luginaah, Hambati & Campbell, 2019).

Sammenfattet så illustrerer denne litteraturgjennomgangen at bruken av begrepet psykososial helse varierer, og at det blir viktig å fortolke meningsinnholdet i den sammenheng begrepet brukes. En sammenfattende tolkning av begrepet basert på denne posisjonen kan formuleres på følgende måte: *Psykososial helse beskriver ulike aspekter ved menneskets livskvalitet som både forverres av sykdom og krise og forårsaker sykdom og kriser. Begrepet brukes også for å beskrive et praksisfelt bestående av profesjoner med kompetanse til å iverksette tiltak for å bedre menneskers psykososiale helse.*

Språket er et uttrykk for en tenkning

Den tredje posisjonen har som utgangspunkt at vi både blir formet av og er med på å forme verden, hverandre og oss selv gjennom språket. Valg av ord og begreper former forståelsen av den «tingen» vi ønsker å beskrive. Selv om «tingen» det aktuelle ordet viser til, i utgangspunktet er likt, vil valg av ord farge «tingen» på en bestemt måte. Dette er gjenkjennelig fra det offentlige ordskiftet. Snakker vi for eksempel om «tvillingabort» eller «fosterreduksjon»? «Frihetskjemper» eller «terrorister»? «Pasienter» eller «brukere»? I slike diskusjoner uttrykker valg av ord også verdier og tenkemåter, og reflekterer noen bakenforliggende interesser (Andersen, 2001). Denne posisjonen farget også innledningen til dette kapitlet.

Språket blir ikke lenger kun et objektivt og nøytralt redskap for å oppnå en mest mulig presis og nøyaktig gjengivelse av verden og hverandre. Det blir et menneskeskapt symbolsystem som skaper virkelighet (Bourdieu & Wacquant, 1993). Valg av ord og begreper får betydning for hvordan mennesker forstår seg selv og andre, og kan både øke og redusere menneskers frihet og handlingsrom. Språket beskriver og navngir, og innehar en definisjonsmakt. Slik sett kan en introduksjon av nye begreper være et forsøk på å utfordre dominerende tenkemåter og praksiser.

Mangel på ord kan også være en utfordring i den forstand at et opplevd meningsinnhold ikke kan språkliggjøres (Huckin, 2002). Det er vanskelig å uttrykke noe som vi ikke har ord for. Kampen for å anerkjenne et tredje kjønn og utvide det norske språket med pronomenet «hen» kan fungere som et eksempel på et arbeid for å synliggjøre slike «tause» erfaringer. Valg av ord og begreper blir på denne måten også en kamparena for ulike interesser, og reflekterer tenkemåter som former våre forståelser og handlinger i det konkrete.

Psykososial helse – et reformerende begrep med søkelys på menneskers livsvilkår

I denne delen skal vi utforske hvilke tenkemåter og interesser som settes i forgrunnen når vi velger å bruke begrepet «psykososial helse». Et mulig utgangspunkt kan være at psykososial helse er et avgjørende vilkår for å forstå menneskelige livsutfordringer, og at dette ikke blir tilstrekkelig vektlagt når helse- og levekårsutfordringer blir diskutert. Begrepssammenstillingen

kan dermed romme en iboende kritikk av en utvikling der biologiske og biomedisinske tenkemåter og praksisformer har fått en for sterk dominans.

Begrepet kan da romme en ambisjon om å styrke human- og samfunnsvitenskapelige perspektiver og tradisjoner som gjelder helse. Det innebærer en anerkjennelse av og verdsetting av menneskets mangesidighet og kompleksitet, og styrker argumentasjonen om å trekke inn flere perspektiver og faglige tradisjoner. Det er mulig å argumentere for at en vektlegging av psykososial helse reflekterer et ønske om å sette det sosiale perspektivet i front, og derigjennom forstå helse- og levekårsutfordringer i lys av begreper som sosial rettferdighet og sosial ulikhet.

I en slik fortolkning fremstår «psykososial helse» som et utvidende og i noen grad også som et politiserende begrep som bærer i seg erkjennelser om at kunnskap gir makt. Det gir makt til å definere og språkliggjøre virkeligheten på bestemte måter, og begrepet kan gi støtte til en utvikling der det faglige blikket rettes utover mot samfunnet snarere enn inn mot individet. Begrepet inviterer da kanskje mer til bruken av ord som livsvilkår enn livskvalitet i den forstand at livsvilkår i sterkere grad er sensitiv overfor samfunnsskapt uhelse.

Dette kan også gi styrke til en mer solidarisk praksis der målet er et inkluderende og anerkjennende samfunn. Ut fra et slikt resonnement og med utgangspunkt i denne tredje posisjonen kan følgende tolkning ha et grunnlag: *Psykososial helse handler om menneskers livsvilkår og muligheter for å leve verdige liv der grunnleggende menneskerettigheter blir ivaretatt. Dette er vilkår som er i bevegelse gjennom livsløpet og som må sees i sammenheng med kulturhistoriske, sosialpolitiske, fagideologiske, materielle og moraletiske forhold.*

Et mangefasettert begrep – en oppsummerende diskusjon

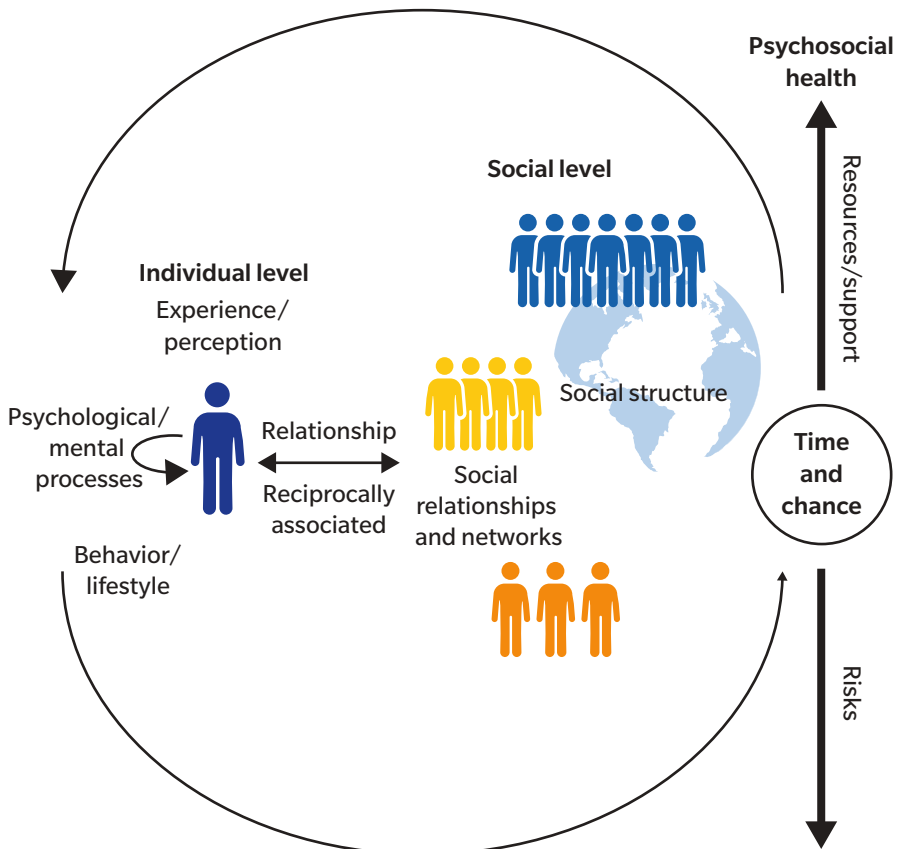
Denne gjennomgangen viser at det er utfordrende å definere psykososial helse uttømmende og entydig. Dette samsvarer med forståelsen i nyere vitenskapelige publikasjoner (Husain, 2021; Peter et al., 2022). Her vektlegges begrepets kompleksitet og sammensatthet: «De fleste studier var enige om ett punkt: psykososial helse er et komplekst samspill mellom psyken og det sosiale, og

en oppdeling i uavhengige dimensjoner er problematisk» (Peter et al., 2022, s. 23, forf. oversettelse).

På tross av denne erkjennelsen jobber forskere målrettet for å komme frem til mer omforente beskrivelser av psykososial helse. Enkelte søker slik sett å utforske hvilke dimensjoner av helsen som blir fanget inn av begrepet «psykososial helse». Den pakistanske psykologen Waqar Husain (2021) har utviklet en modell for psykososial helse, og her blir begrepet definert som «en persons seksuelle, emosjonelle, sosiale, miljømessige, kognitive, religiøse, moralske og åndelige tilfredsstillelse» (s. 395, forf. oversettelse).

Figur 1.1

Illustrasjon av ulike dimensjoner ved begrepet psykososial helse (Peter et al., 2022, s. 24).



Forskere fra helse- og sykepleievitenskap i Bern og Maastricht (Peter et al., 2022) følger opp en slik tilnærming i sitt forsøk på å definere begrepet bestående av seks ulike dimensjoner: individuelle, sosiale, relasjonelle, materielle, åndelige samt tid og muligheter. De understreker at disse dimensjonene er tett sammenvevde, og har laget en figur som viser sammenhengen og kompleksiteten i dette (jf. figur 1.1 ovenfor).

På bakgrunn av dette argumenterer forfatterne for at psykososial helse er en bevegelig tilstand som avhenger av sosial inkludering og anerkjennelse av hverandre, men også individets tilpasning til det sosiale miljø (Peter et al., 2022).

Nasir et al. (2018) utforsker det arabiske ordet «Hamm». De viser til at dette ordet knyttes til lidelse og opplevelser av ubehag, tristhet, stress, engstelse og redsel for fremtiden. Forfatterne bruker psykososial helse når de skal «oversette» det til engelsk, og argumenterer for at «Hamm» utløses av sosiale, økonomiske og politiske faktorer som påvirker livskvalitet og menneskelige funksjoner negativt. Det fremstilles som et begrep der menneskets livsutfordringer er tett sammenvevde med og utspringer fra det samfunnet og den kulturen de inngår i.

I boken *Den blå hesten. Beretninger om likeverd og fellesskap* (Waksvik, Habberstad & Volden, 2019) blir leserne kjent med et samarbeid mellom brukere, fagfolk, elever, studenter og akademikere fra Livorno i Italia og Kristiansand i Norge. Det er et samarbeid inspirert av den italienske reformen fra 1978 da alle psykiatriske sykehus («manicomi») ble lagt ned, og er en beretning om det forfatterne omtaler som psykososial helse.

De skriver at psykososial helse handler «om forhold i skjæringspunktet mellom kropp, sinn, sjel og samfunn», og argumenterer videre for at «alle følelser og forhold som bringer oss nærmere et meningsfylt og godt liv, er like selvfølgelige fenomener som risikofaktorene er det» (Waksvik, Habberstad & Volden, 2019, s. 120).

Alle disse ulike bidragsyterne sirkler rundt et beslektet landskap, og det er fristende å vise til den danske forfatteren Peter Høeg. I boken *De få utvalgte* søker han å finne en definisjon på tiden, og lander på følgende:

Tiden lar seg ikke forenkle og redusere. Du kan ikke si at den bare er i bevisstheten eller bare i universet, at den bare har én retning eller alle tenkelige. At den bare er i det biologiske fundament eller er en historisk samfunnskonvensjon. At den bare er individuell eller

bare kollektiv, bare lineær, relativ, absolutt, determinert, utbredt i hele universet, bare total, bare ubestemt, illusorisk, totalt sann, umålbar, målbar, forklarlig eller umulig å nærme seg. Den er alt dette (Høeg, 1995, s. 213).

Psykososial helse er også alt dette, og mere til. Det fremstår som et mangefasettert begrep, og det er kanskje heller ikke ønskelig å tilstrebe en entydig tolkning av begrepet. Snarere understøtter et slikt mangfold betydningen av det den østerriksk-amerikanske fysikeren og filosofen Heinz von Foerster omtaler som sitt etiske imperativ: «Act always so as to increase the number of choices» (1982, s. 308). Eller sagt på min måte: Vi må holde åpenheten åpen (Andersen, 2018, s. 158).

Avslutning

Den franske forfatteren Edouard Louis (2015) har gjennom sitt forfatterskap vist hvilken betydning navn har for livsløpet, og hvilken sosial sprengkraft det har for å gjøre en klassereise. Det burde ikke være ukjent. Også fra andre deler av kulturlivet har navnebytte hatt stor betydning for både liv og sosial anerkjennelse.⁵ I faglige sammenhenger har også nye ord og begreper hatt stor betydning og vitner om endringer i tenkning. Det er ikke lenger faglig adekvat å omtale mennesker som avsindige eller evneveike, slik det var for ikke altfor mange år siden.

Et viktig spørsmål blir da om nye begreper kun er nye uttrykk for det samme innholdet og forblir «språklig glasur», eller om begrepet også har et annet meningsinnhold og forståelse av de mennesker og menneskelige erfaringer som benevnes. Det må utforskes konkret, og er et av denne bokens anliggender. Som leser vil du finne ulike perspektiver på «psykososial helse» i denne antologien. Samlet bidrar de til å belyse begrepets mangesidighet og kompleksitet.

5 Hvem kjenner vel lenger Reginald Kenneth Dwight eller Robert Allen Zimmerman? I dag bedre kjent som henholdsvis Elton John og Bob Dylan.


Referanser

- Adamowitsch, M., Gugglberger, L. & Dür, W. (2017). Implementation practices in school health promotion: Findings from an Austrian multiple-case study. *Health Promotion International*, 32(2), 218–230.
- Agnafors, S., Sydsjö, G., Comasco, E., Bladh, M., Orelund, L. & Svedin, C. G. (2016). Early predictors of behavioural problems in pre-schoolers – A longitudinal study of constitutional and environmental main and interaction effects. *BMC Pediatrics*, 16, 1–11.
- Andersen, A. J. W. (2001). *Den lukkende åpenheten: En diskursanalyse av psykiatrisk opplysningspraksis* [Hovedoppgave, Universitetet i Bergen].
- Andersen, A. J. W. (2018). *Psykisk helsearbeid – en gang til*. Gyldendal Akademisk.
- Atuoye, K. N., Luginaah, I., Hambati, H. & Campbell, G. (2019). Politics, economics, how about our health? Impacts of large-scale land acquisitions on therapeutic spaces and wellbeing in coastal Tanzania. *Social Science & Medicine*, 220, 283–291.
- Bertelote, J. M. (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7, 113–116.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. J. D. (1993). *Den kritiske ettertanke: Grunnlaget for en samfunnsanalyse*. Det Norske Samlaget.
- Breivik, J. K. (2000). Døve – funksjonshemmede eller kulturell minoritet? I T. I. Romøren (Red.), *Usynlighetskappen: Levekår for funksjonshemmede* (s. 83–103). Akribe.
- Close, S., Fennoy, I., Smaldone, A. & Reame, N. (2015). Phenotype and adverse quality of life in boys with Klinefelter syndrome. *Journal of Pediatrics*, 167(3), 650–657.
- de Caprona, Y. (2013). *Norsk etymologisk ordbok*. Kagge Forlag.
- Demant, D. & Oviedo-Trespalacios, O. (2019). Harmless? A hierarchical analysis of poppers use correlates among young gay and bisexual men. *Drug & Alcohol Review*, 38(5), 465–472.
- Fleuriet, K. J. & Sunil, T. S. (2015). Reproductive habitus, psychosocial health, and birth weight variation in Mexican immigrant and Mexican American women in South Texas. *Social Science & Medicine*, 138, 102–109.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Artikkel om Verdens helseorganisasjon*. Hentet 17. februar 2023 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Hjort, P. F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I O. E. Lorentzen, T. Berge & J. Åker (Red.), *Helsepolitikk og helseadministrasjon* (s. 11–31). Tanum-Norli.
- Hovdhaug, E. & Simonsen, H. G. (2023). Etymologi. I *Store norske leksikon*. Hentet 25. juli 2023 fra <https://snl.no/etymologi>
- Huckin, T. N. (2002). Textual silence and the discourse of homelessness. *Discourse & Society*, 13, 347–372.
- Husain, W. (2021). Components of psychosocial health. *Health Education*, 122(4), 387–401.
- Høeg, P. (1995). *De få utvalgte*. Aschehoug.
- Jaworski, A. & Coupland, N. (Red.). (1999). *The discourse reader*. Routledge.
- Kendrick, A., Fantasia, H. C., Morse, B. & Willis, D. E. (2022). Food security in college students: A concept analysis. *Nursing Forum*, 57(5), 898–904.
- Khosravan, S., Alami, A., Mohammadzadeh-Moghadam, H. & Ramezani, V. (2017). The effect of topical use of *Petroselinum crispum* (parsley) versus that of hydroquinone cream on reduction of epidermal melasma. *Holistic Nursing Practice*, 31(1), 16–20.

- Kuo, C.-T. & Chiang, T.-L. (2013). The association between relative deprivation and self-rated health, depressive symptoms, and smoking behavior in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 89, 39–44.
- Louis, E. (2015). *Farvel til Eddy Bellegueule*. Aschehoug.
- Nasir, A. A., Salah, R., Ahmad, A. S., Hijleh, S. A., Kattab, S. A., Kurd, A. A., Sharif, R. A., Amro, R., Khatib, A., Mousa, H., Shamasnah, W., Shqerat, K. & Giacaman, R. (2018). Definition, causes, and consequences of Hamm (idiom of distress in Arabic) in the Palestinian context: A qualitative study. *The Lancet*, 391(Suppl. 2).
- Peter, K. A., Helfer, T., Golz, C., Halfens, R. J. G. & Hahn, S. (2022). Development of an interrelated definition of psychosocial health for the health sciences using concept analysis. *Journal of Psychosocial Nursing*, 60(6), 19–26.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. Sage Publications.
- Rhee, M. A., Chung, K. M., Lee, Y., Choi, H. K., Ham, J. W., Kim, H. S., Kim, S. H., Shin, Y. J. & Lyu, C. J. (2014). Impact of psychological and cancer-related factors on HRQoL for Korean childhood cancer survivors. *Quality of Life Research*, 23(9), 2603–2612.
- Saiki, L. S. & Morales, M. L. (2019). Incontinence care needs in a U.S. rural border region: Perspectives of promotoras. *Journal of Rural Nursing & Health Care*, 19(1), 179–196.
- Salway, T., Black, S., Kennedy, A., Watt, S., Ferlatte, O., Gaspar, M., Knight, R. & Gilbert, M. (2022). “Syndemic moral distress”: Sexual health provider practices in the context of co-occurring, socially produced sexual and mental health epidemics. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–15.
- Shoop-Worrall, S. J. W., Verstappen, S. M. M., McDonagh, J. E., Baildam, E., Chieng, A., Davidson, J., Foster, H., Ioannou, Y., McErlane, F., Wedderburn, L. R., Thomson, W. & Hyrich, K. L. (2018). Long-term outcomes following achievement of clinically inactive disease in juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 70(9), 1519–1529.
- Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics: A critical system approach to public and community health*. Jossey-Bass.
- Solcová, O., Dechtereňko, F., Poláčková Solcová, I., Hofer, J., Busch, H. & Au, A. (2021). Cross-cultural examination of university education and ego integrity in late adulthood: Implications for policy and practice. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(6), 585–599.
- Svartdal, F. (2020). Psykososial. I *Store norske leksikon*. Hentet 16. februar 2023 fra <https://snl.no/psykososial>
- Traynor, V., Fernandez, R. & Caldwell, K. (2013). The effects of spending time outdoors in daylight on the psychosocial wellbeing of older people and family carers: A comprehensive systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 11(9), 36–55.
- Universitetet i Agder. (2023). *Studieplan for masterprogram i psykososial helse*. Hentet 2. august 2023 fra <https://www.uia.no/studier/psykososial-helse>
- Von Foerster, H. (1982). *Observing systems*. Intersystems Publications.
- Waksvik, G., Habberstad, T. & Volden, O. (1982). *Den blå hesten: Beretninger om likeverd og fellesskap*. Abup Forlag.
- Wilson, M., Gwyther, K., Swann, R., Casey, K., Featherston, R., Oliffe, J. L., Englar-Carlson, M. & Rice, S. M. (2022). Operating positive masculinity: A theoretical synthesis and school-based framework to engage boys and young men. *Health Promotion International*, 37(1), 1–11.

Del 1

Psykososial
helse: forståelser
og beskrivelser
av menneskers
livsutfordringer



Schrøder, S. K. & Thorød, A. B. (2025). Barn og fattigdom i et psykososialt perspektiv. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 37–56). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550202>

Kapittel 2

Barn og fattigdom i et psykososialt perspektiv

Siv Kristine Schrøder og Anne Brita Thorød

Innledning

Temaet for dette kapittelet er barn som vokser opp i fattige familier. Forskning og offentlige utredninger over mange år har vist at å vokse opp i fattigdom kan ha negative konsekvenser for barns trivsel, utvikling, fysiske og psykiske helse, og livssjanser (f.eks. Bekken et al., 2018; Bøe, 2013; Fløtten & Nilsen, 2020; Goldblatt et al., 2023). Samtidig som risikoene knyttet til å vokse opp i fattigdom er godt kjent, har det vist seg utfordrende å finne gode tiltak som kan hjelpe familiene det gjelder (f.eks. Fløtten & Grødem, 2014; Goldblatt et al., 2023). Hvilke tiltak som vurderes å være de rette, henger blant annet sammen med hvordan vi forstår fattigdommens årsaker og konsekvenser. Fattigdomsproblematikken er imidlertid sammensatt. I dette kapittelet ser vi nærmere på *hvordan vi kan forstå fattigdom og dens konsekvenser, og hva dette kan bety for de offentlige tjenestenes innsats overfor barn i fattige familier.*

Hvis vi skal forstå hvilke konsekvenser det kan ha å vokse opp i en familie med lite penger i et psykososialt helseperspektiv må vi være bevisst bredden i dette perspektivet. Med vekt på «psykisk helse» kan det lett bli et innadskuede fokus. I en tradisjonell forståelse peker det psykiske mot fenomener som foregår inne i en person. Det er følelseslivet som er i spill, eller enda verre, en ubalanse i hjernen. Trekker vi inn det *sosiale*, blir perspektivet utvidet. Vi må ta med relasjoner, sammenhenger og sosiale strukturer som omgir personen. Livet i familien, venner, skole og fritid gir indikasjoner på hvordan den enkelte opplever sin hverdag. Men også hvilken type nærmiljø personen lever i, og hvilke politiske grep som gjøres for å utjevne forskjeller og gi alle de samme sjansene i livet, må tas i betraktning. Dette kapittelets kunnskapsbidrag ligger nettopp i å utforske og drøfte fattigdom i et slikt bredt perspektiv, og da ved å presentere og diskutere teorier og tidligere forskning om barn og fattigdom.

Når det gjelder bokens tema, psykososial helse, ønsker vi altså med dette kapittelet å vektlegge den sosiale dimensjonen ved begrepet. Fattigdom kan forstås som et strukturelt problem, på makronivå, men er samtidig noe som har betydning for den enkeltes liv, på mikronivå (Bronfrenbrenner, 1979). Fattigdom er i dette perspektivet en utfordring i mellomrommet mellom individ og samfunn, som kan ha konsekvenser for den enkeltes psykososiale helse.

Vi fortsetter kapittelet med å ramme inn tematikken fattigdom, ved å ta et tilbakeblikk på hvordan fattigdom har vært forstått og møtt fra politisk hold, fra midten av 1900-tallet og fram til i dag. Deretter drøfter vi hvordan vi kan forstå fattigdom og fattigdommens konsekvenser for barn, med utgangspunkt

i forskning og teoretiske modeller. Videre drøfter vi de ulike forståelsene av fattigdom opp mot hvordan offentlige tjenester møter barn og unge i fattige familier. Vi har valgt å vektlegge barnevernet spesielt, da det er en tjeneste som møter familier med sammensatte behov, og der økonomi kan være en av utfordringene, samtidig som tjenestens mandat knyttet til økonomi er uklart og debattert. En utfordring når det gjelder fattigdom, er at en rekke tjenester kan være involvert og ha ulike ansvarsoppgaver overfor familiene. Avslutningsvis drøfter vi hvordan tverretattlig samarbeid rundt barn og foreldre kan være en mulighet, men også innebære utfordringer, når det gjelder å møte familiers sammensatte behov og å få fram barnas egne perspektiver.

Om fattigdom – en kontekstualisering

Politisk bakgrunn

En lang periode i etterkrigstiden trodde norske politikere at vi hadde utryddet fattigdommen. Gjennom hele 1900-tallet ble det innført store sosiale reformer som kulminerte med lov om folketrygd av 1966, i tillegg til lov om sosial omsorg som var kommet to år før. Gjennom dette lovverket skulle hele livsløpet dekkes med tanke på økonomisk sikring ved belastende livshendelser. Parallele lovverk ble innført i de andre nordiske landene og blir kalt «den nordiske velferdsmodellen». I den samme perioden som reformene ble innført, var landet vårt i en stor oppbyggingsfase etter andre verdenskrig, og de økonomiske forholdene ble stadig bedre for befolkningen. Det var ikke før etter 2000-årsskiftet at fattigdomsbegrepet for alvor ble tatt i bruk fra politisk hold, slik det skjer i «Fattigdomsmeldinga» (St.meld. nr. 6 (2002–2003)). Her pekes det på behovet for en dynamisk fattigdomsforskning som en forutsetning for en målrettet innsats mot fattigdom. Barns situasjon nevnes spesielt, med ønske om å få belyst hvilke konsekvenser det kan ha for barns levekår og livskvalitet å vokse opp med økonomisk knapphet. I årene siden har det fra politisk hold blitt satt inn en rekke kompensierende tiltak. Det er en erkjennelse av at fattigdomsproblemet ikke kan løses av en sektor alene, men må være i fokus i en rekke av samfunnsinstitusjonene, slik vi kan se det i regjeringens samarbeidsstrategi for barn og unge i lavinntektsfamilier (2020–2023) (Departementene, 2020).

Hva er fattigdom?

Fattigdom kan måles på flere måter. I den fattige delen av verden brukes et mål på absolutt fattigdom, et visst beløp en har å leve for per dag. Dette er ikke et hensiktsmessig mål i et velstående vestlig samfunn. Her måles derfor fattigdom – eller lavinntekt, som gjerne brukes som begrep i statistikk – som en viss andel av inntektsfordelingen i samfunnet. Vi snakker altså om relativ fattigdom. Dette begrepet ble lansert i 1979 og defineres slik:

Folk er fattige hvis de ikke kan oppnå – helt eller delvis – de livsbetingelser som gjør dem i stand til å fylle vanlige roller, inngå i gjengse sosiale forbindelser og ellers oppføre seg slik det forventes av dem, i egenskap av å være medborgere i samfunnet (Townsend, 1979, oversatt av Hvinden, 2001).

Denne definisjonen bringer inn et relasjonelt element som kan knytte an til et annet begrep som er hyppig brukt i fattigdomsdiskursen, nemlig sosial eksklusjon. Dette begrepet er tatt i bruk i EUs studier og politiske betenknin-ger om fattigdom. Den britiske forskeren Tess Ridge (2002) hevder at dette begrepet i liten grad er utviklet knyttet til barns situasjon. Men i sin studie av barn i lavinntektsfamilier finner Ridge (2002) både strukturelle og institu-sjonelle eksklusjonsmekanismer som er virksomme i barns liv, og hevder at «the notion of social exclusion has potentially much greater power to reveal the multidimensional nature of poverty and disadvantage in childhood than the narrower definition of poverty» (Ridge, 2002, s. 143). Dette kan vi altså forstå slik at selv om fattigdom dreier seg om mangel på penger, er det videre konsekvenser som kan påvirke hele livsløpet til barn. Denne tenkningen er utviklet videre av Bessell (2021) i en modell der hun beskriver tre dimensjo-ner på barnefattigdom som trer fram gjennom forskning: materiell fattigdom (material poverty), mulighetsfattigdom (opportunity poverty) og relasjonell fattigdom (relational poverty).

Hvor mange og hvem er fattige?

Det er interessant at fattigdomsmeldinga kom på et tidspunkt da Norge hadde sin laveste målte barnefattigdom. Siden har denne økt fra bunn-noteringen i 2001 på drøyt 3 % (barn under 18 år med vedvarende lav husholdnings-

inntekt) til 11,3 % i 2021 (Normann & Epland, 2023). I 2022 gikk andelen barn som lever i vedvarende lavinntekt, ned til 10,6 %, og var da på det laveste nivået siden 2016 (Norman, 2024). At over 10 % av alle barn i Norge lever i familier med vedvarende lavinntekt, er imidlertid et relativt stort antall barn.

Det har siden 2010 vært de yngste barna som har hatt størst sannsynlighet for å leve i en familie med vedvarende lavinntekt. Dette har nå endret seg, og andelen barn under 6 år som lever med vedvarende lavinntekt, har gått ned. Norman (2024) peker på at nedgangen i lavinntekt blant de yngste barna sammenfaller med oppjusteringer av barnetrygdsatsene for den samme aldersgruppen.

Det er særlig tre grupper som er utsatt for fattigdom. Dette er enslige forsørgere, personer utenfor arbeidslivet og personer med innvandrerbakgrunn. Et lite obs er likevel på sin plass. Selv om vi bruker termen fattigdom i dette kapittelet, kan det oppfattes unyansert. Som nevnt over bruker offentlig statistikk begrepet lavinntekt, og alle med inntekt under 60 % av medianinntekten i samfunnet faller inn under denne definisjonen. Det er imidlertid stor forskjell på å ha en inntekt rett under 60 %-skillet, og det å for eksempel leve av lave trygdeytelser og økonomisk sosialhjelp. Det betyr også at mange i lavinntektgruppen ikke vil definere seg selv som fattige, og problemene knyttet til svak økonomi vil se forskjellig ut etter hvor på lavinntektsskalaen en befinner seg. Statistisk sentralbyrå problematiserer at måling av økonomisk velferd basert på inntekt etter skatt er et ufullstendig mål på økonomisk velferd, og diskuterer andre mål som tar hensyn til inntekt, forbruk, formue og/eller levekår (Langørgen, Barstad, Eika & Wiik, 2024).

Opplevelsen av å leve med lave inntekter kan også variere med det generelle inntektsnivået på stedet en bor. Pettersen og Sletten (2018, s. 143) hevder at «folks subjektive opplevelse av det å ha mindre enn andre sannsynligvis i større grad preges av hvor vi bor, hvem vi omgås til daglig og hvem vi opplever det som naturlig å sammenligne oss med». Å ha lite penger og konsekvensene av dette er i stor grad skambelagt, både ved at andre påfører en skam (Lister, 2015), men også skamfølelsen en påfører seg selv ved ikke å nå opp til det som er «vanlig» standard (Sen, 2000, Underlid, 2005). Dette ser vi også hos barn. I det kvalitative datamaterialet til Barns levekår-studien (Sandbæk, 2008; Sandbæk & Pedersen, 2010) beskriver barn sin materielle situasjon relativ til det nivået de ser hos sine jevnaldrende. Et eksempel er hvordan noen jenter beskriver et hierarki av klesmerker det er akseptabelt å gå med. Mens en av

jentene beskriver et bestemt klesmerke som det flotteste hun drømmer om å få, forteller en annen jente at det samme merket er absolutt det lavest akseptable å bruke i hennes nabolag. En studie av 10-åringer i Agder viser betydningen av å ikke skille seg ut fra andre i denne aldersgruppen:

Et funn som er særlig interessant, er at det er blant barn som opplever at de har det likt som andre at andelen som rapporterer om god eller veldig god trivsel er størst, og ikke blant barna som opplever at de har bedre økonomi enn andre. Det å være konform, «som alle andre», er som nevnt viktig for barn i denne aldersgruppen, og kanskje særlig i et land der likhetsideologien står sterkt (Nilsen et al. 2019).

Her kan vi også merke oss at begge de ovennevnte studiene har data fra alle typer kommuner. Svært mange fattigdomsstudier refererer til større byer der antallet personer som lever med vedvarende lavinntekt er høyt. Ser vi imidlertid på den prosentvise fordelingen av lavinntekt i norske kommuner, er det svært mange små utkantkommuner som har en høy andel innbyggere med lave inntekter. Dette er ofte steder der det er tilgang til rimelige boliger, men det kan likevel fungere som fattigdomsfeller. Mange slike kommuner har et svakt arbeidsmarked, noe som gjør det vanskelig for foreldre å få arbeid, selv om de i utgangspunktet har en yrkesutdanning. Med svakt arbeidsmarked følger også at mulighetene til å få til fleksible arbeidsløsninger er lave. Da er en henvist til å søke arbeid utenfor egen kommune, og lange avstander krever bil da det er begrensninger i offentlig transport (Thorød, 2017).

Fattigdommens konsekvenser for barn og unge

I perioden 2003–2010 gjennomførte velferdsforskningsinstituttet NOVA i samarbeid med Norske Kvinners Sanitetsforening den første store studien av barns levekår som har vært gjennomført i Norge, der barn selv svarer (Sandbæk, 2004; 2008; Sandbæk & Pedersen, 2010). Barns levekår-studien viser at de fleste barn i Norge opplever å ha et greit hverdagsliv med gode

venner, godt forhold til familie og venner og en fritid med flere aktiviteter (Sandbæk & Pedersen, 2010). Dette er også i tråd med resultater fra de landsomfattende Ungdata-studiene (Bakken, 2022; 2023, Enstad & Bakken, 2024). Selv om barna i Barns levekår-studien i liten grad benevner seg selv som fattige, viser de en sårhet med tanke på flere situasjoner. Dette handler for noen om hvordan de kalkulerer før de spør foreldrene om de kan være med på en fritidsaktivitet, eller om aktiviteten kan ansees som nyttig i et framtidsperspektiv. For andre bortforklares manglende deltakelse i attraktive opplevelser med at de ikke gidder, eller er opptatt med familien. Barna kan fortelle at de har forskjellige gjenstander, men sykkel ligger ødelagt i hagen, eller det er ikke penger på kontantkortet til mobilen. Noen barn føler seg nederst i skolens sosiale hierarki fordi de ikke har de rette klærne, og noen må unnvære bursdagsfeiring siden foreldrene ikke har penger til dette (Thorød, 2006, 2008, 2012).

Det viser seg at jo lenger ned familiene kommer på inntektsstigen, jo større blir forskjellene på en rekke livsområder (Sandbæk, 2004). Barn fra familier med lav inntekt skårer lavere på skoleresultater, har større behov for tilrettelagt undervisning, har mer kontakt med hjelpetjenester som BUP, PPT, barnevern og har mer generelle helseplager som hodepine, søvnvansker osv. enn barn flest (Sandbæk & Pedersen, 2010). Vi ser lite av helseplagene blant de yngste barna, men det er foruroligende at de psykosomatiske helseforskjellene blir tydeligere mot slutten av tenårene, slik de unge selv beskriver sin situasjon (Elstad & Pedersen, 2012). I sine studier har Bø et al. (2014, 2017, 2018) synliggjort sammenhengen mellom oppvekst i fattigdom og psykiske plager både i barndom og voksen alder.

Det foreligger en rekke kunnskapsoppsummeringer om lavinntekt og fattigdom som går i samme retning som Barns levekår-studien (Hyggen, Brattbakk & Borgeraas, 2018; Bekken, Dahl & van der Wehl, 2018; Kristofersen, 2019; Fløtten & Nielsen, 2020). Disse studiene inkluderer, og er i samsvar med, et stort internasjonalt volum av forskning på konsekvenser av fattigdom. I tillegg til helseeffekter er det et omfattende søkelys på hvordan oppvekst i fattigdom kan påvirke barns utvikling på en rekke områder, ikke minst kognitivt, og gjennom dette begrense barns muligheter i skole og arbeidsliv, samt peke mot større sannsynlighet for et liv i fattigdom også som voksen (Chaudry & Wimer, 2016; Ekren & Grendal, 2021; Tilahun et al., 2023).

Bøe et al. (2018) viser til at oppvekst med fattige foreldre kan virke indirekte på barns psykiske helse gjennom deres omgivelser og nærmiljø. Dette kan vi forstå gjennom Hyggen, Brattbakk og Borgeraas (2018) tre forklaringsmodeller for negative utfall ved å vokse opp i fattigdom. Disse tre er investeringshypotesen, familiestresshypotesen og hypotesen om bakenforliggende årsaker.

Investeringshypotesen handler om at foreldre med lave inntekter har færre muligheter til å investere i barnas liv og velferd. Samfunnet dagens barn vokser opp i, kan på mange måter sees som et betalingssamfunn. De aller fleste aktiviteter barn deltar i, har en pris, med kontingenter, utstyr, turer og turneringer. Også når barn møtes i hjemmene, ser vi at mye lek er knyttet til teknologisk utstyr, eller andre kostbare leker.

Saitadze og Lalayants (2020) har gjort en review-studie der de undersøker hva som skal til for å kompensere for negative konsekvenser av oppvekst i et hjem med lite penger. Godt fungerende foreldre og kognitiv stimulering ble løftet fram som viktig for barnas utvikling. I dette ligger det også at barna har tilgang til stimulerende leker, at de blir lest for, tatt med på museum og så videre. Altså i stor grad ting som koster penger og nettopp er det foreldrene ikke har samme mulighet til som i mer velstående familier. Det ligger også et annet problem i dette. Selve fattigdomsproblemet står i fare for å bli individualisert, og ansvaret skyves over på foreldrene alene.

Familiestresshypotesen handler om at et liv med lite penger over tid har klare psykiske konsekvenser for foreldre, noe som kan gå utover barneomsorgen (Underlid, 2005; Sandbæk & Pedersen, 2010). Det er en stor belastning å leve med lite penger, noe som setter press på og kan utløse konflikter og psykiske utfordringer hos foreldre, med de negative følgene dette kan ha for barna. Dette fører oss til den tredje forklaringsmodellen. Denne tar utgangspunkt i om det er *andre kjennetegn* ved foreldrene som kan forklare at barn og unge har en dårlig utvikling, og ikke fattigdommen i seg selv. Det kan for eksempel være utdanning, foreldrestil, holdninger og lignende (Fløtten & Nielsen, 2020; Hyggen et al., 2018). De tre modellene, investeringsmodellen, familiestress-modellen og bakenforliggende kjennetegn ved foreldre, kan være i spill samtidig og ha betydning for barns utvikling (Hyggen et al., 2018). En kan i denne sammenhengen spørre om hvilket overskudd foreldre har til å være gode, sensitive og stimulerende foreldre hvis de går med en stadig bekymring for om de har mat i kjøleskapet, om de har økonomi til å kjøpe den nye vinterdressen barnehagen melder at barnet trenger, eller om det er

mulig for barnet å være med på den fritidsaktiviteten de andre vennene deltar på. Hvordan skal en få tilgang til stimulerende leker når knappe midler må prioriteres til mat? Og hvordan kan en forventes å støtte opp og hjelpe barn med lesning og annet skolearbeid hvis en knapt har skolegang selv?

Bøe et al. (2014) finner sammenheng mellom foreldrenes mentale tilstand (well-being), deres foreldrepraksis og barns mentale helse i familier med svak økonomi. Mødrenes utdanningsnivå synes å ha positiv betydning for deres foreldrepraksis, noe forskerne forklarer med at med mer utdanning øker kunnskapene om hva som er bra for barn. Forskergruppen viser til foreldreopplæring som en løsning. Dette synes å være et tiltak som velges i mange sammenhenger (Ljones, Hollekim & Christiansen, 2019). Det skal sies at det er solid kunnskap om at negative konsekvenser ved å vokse opp i en familie med lav inntekt kan oppveies av en god familie med støttende foreldre som følger barna tett opp (Mathiesen et al. 2007, Elder, 1999, Werner & Smith, 1992). Imidlertid er det en faglig-etisk grunn til å reflektere rundt foreldreveiledning som løsning på utfordringene ved å vokse opp i en fattig familie. Hvis det grunnleggende problemet er mangelen på penger, vil foreldreveiledning kunne sies å være et tiltak som tilpasser individene til problemet istedenfor å løse selve problemet. I sin kritiske bok *Den terapeutiske kultur* viser Madsen (2017) hvordan sosiale og samfunnsmessig utløste psykisk helseproblemer i behandlingssystemet blir «løst» ved å søke å tilpasse personen til de sykdomsutløsende forholdene. Denne kritikken gjelder antakelig også for mange personer som søker hjelp for angst og depresjon, men som aldri blir spurt om hvordan deres økonomiske situasjon er. En rekke studier har imidlertid vist sammenheng mellom svak økonomi og psykiske lidelser, blant annet knyttet til sosial isolasjon. En interessant intervensjonsstudie basert på en amerikansk modell ble gjennomført i Sverige av Ljungquist et al. (2015). Et utvalg personer med alvorlige psykiske lidelser fikk et lite ekstra månedlig pengebeløp som ble foreslått brukt til sosiale aktiviteter. Det ble nedsatt en kontrollgruppe med tilsvarende problematikk og behandlingstilbud, men uten tilskuddet av penger. Studien viste at personene som fikk penger, hadde signifikant bedring i angst og depresjon, sosiale nettverk og selvfølelse (Ljungquist et al., 2015). Lignende resultater er funnet i de amerikanske studiene (Read, 2010).

Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (1979) forutsettes kjent, med sine konsentriske sirkler der individet er i sentrum. Modellen viser hvordan et barns oppvekst påvirkes av både mennesker, kultur og strukturer, og

ingen av disse elementene har forrang foran andre (Ungar et al., 2013). For et barn som viser symptomer på psykiske utfordringer, enten det er eksternaliserende eller internaliserende, settes det gjerne inn en undersøkelse. Tradisjonelt har slike undersøkelser konsentrert seg om barnet, og i noen grad om familie-samspill. Terapiformer som Multisystemiskterapi (MST) og lignende har forsøkt å rette oppmerksomheten bredere, men ofte faller en tilbake på at det er barnet som må «repareres». Dette bryter med en utviklingsøkologisk forståelse, noe som kan bli spesielt tydelig for barn som vokser opp i fattige familier. Her henter vi tilbake Bessells (2021) dimensjoner: relasjonell, materiell og mulighetsfattigdom. For å forstå utfordringene barn fra fattige familier lever med, må vi ha med alle dimensjonene, og tiltak må settes inn bredt.

Men også et slikt prosjekt har sine begrensninger. Makro-systemet må også bringes inn dersom vi har som mål å løse fattigdomsproblematikken og konsekvensene for barn og deres familier. I en sammenlignende studie av konsekvenser av oppvekst i fattigdom sier Bøe et al. (2017) at det synes som om forekomst av depresjon i voksen alder modereres av hvilket velferdsregime en lever i. Altså kan det synes som at den skandinaviske velferdsmodellen virker beskyttende. Denne modellen er utviklet gjennom en kulturell likhetstenkning som har blitt nedfelt i politiske vedtak. Det er i det politiske systemet grunnlaget for befolkningens livskvalitet og helse legges. Fra tilskudd til fritidsaktiviteter, gode barnehager og skoler for alle, tilrettelegging av arbeidsmarkedet og til sist, økonomisk sikkerhet når alle andre muligheter er stengt. Kanskje spesielt for familier i kontakt med barnevernet blir spørsmålet om hvem som skal ivareta eventuelle økonomiske utfordringer, utydelig.

Barnevernet og fattigdom

Hovedtyngden av familiene som kommer i kontakt med barnevernet, tilhører marginaliserte grupper, med lave inntekter og svak tilknytning til arbeidsmarkedet (Kojan & Fauske, 2011; Kojan & Storhaug, 2021; Marthinsen et al., 2013). Marthinsen et al. (2013, s. 67) fant at av familiene som var i kontakt med barnevernet, hadde tre fjerdedeler lav sosioøkonomisk status, og over halvparten hadde ikke inntekt fra arbeid. Denne tendensen har vart over tid

(Hagen, 2001; Kojan & Fauske, 2011). Dermed har familier med lav sosio-økonomisk status lenge vært, og er fortsatt, overrepresentert i barnevernet. Dette betyr at familier som er i barnevernet, har dårligere kår enn den øvrige befolkning (Kojan & Fauske, 2011; Kojan & Storhaug, 2021).¹

På samme tid har barnevernet vært kritisert for å ikke anerkjenne betydningen av familienes levekår (Andenæs, 2004; Kojan & Storhaug, 2021). Kojan og Storhaug (2021) finner i sin studie at de fleste barnevernsarbeiderne de intervjuet, ikke anså økonomiske og levekårsrelaterte utfordringer i familien som sitt ansvarsområde. Dårlig økonomi ble forklart som resultat av andre forhold ved foreldrene, slik som rus og psykiske vansker. Forskerne ser disse tendensene i sammenheng med at det psykologiske kunnskapssynet er rådende i barnevernets arbeid og overskygger andre forståelser, som i større grad vektlegger hvordan sosiale og økonomiske forhold kan påvirke barn og foreldres liv. Samtidig som hovedtendensen i datamaterialet var at barnevernet ikke var opptatt av økonomiske forhold, fant Kojan og Storhaug (2021, s. 81) store variasjoner mellom de kommunale barnevernstjenestene som deltok i studien. Det var for eksempel noen få barnevernsansatte som så økonomiske utfordringer og tiltak som en nødvendig del av sitt arbeid.

Flere forskere har funnet det samme Kojan og Storhaug (2021), at familiene som kommer i kontakt med barnevernet, i dag møter en tjeneste som støtter seg tungt til et psykologisk kunnskapssyn på barns utvikling og behov, mens familiens sosioøkonomiske forhold sjelden tematiseres (Andenæs, 2004; Ask & Sagatun, 2020; Hennem, 2016; Kojan & Storhaug, 2021). Det er i denne sammenhengen foreldreveiledning som er det mest anvendte tiltaket (Kojan & Storhaug, 2021; Marthinsen et al., 2013). Denne type tiltak kalles gjerne endringstiltak, der målet er endring i foreldrenes omsorgskompetanse. Barnevernet kan også tilby kompenserende tiltak, som for eksempel økonomisk støtte og dekning av fritidsaktiviteter. Barkved og Jørgensen (2023) fant imidlertid at tiltaksbruken i barnevernet i all hovedsak var endringsbasert med vekt på styrking av foreldreferdigheter, uten at økonomi og levekår var tatt hensyn til. Kojan og Storhaug (2021) gjorde lignende funn, der barnevernet hadde en utbredt praksis med at kompenserende tiltak ikke ble benyttet uten at det også var iverksatt endringstiltak. Andenæs (2004) peker på at selv om

1 At mange familier i kontakt med barnevernet har lav inntekt, betyr ikke at fattigdom i seg selv fører til omsorgssvikt (f.eks. Killén, 2017, s. 264).

barnevernet kan iverksette økonomisk støtte, så er den faglige interessen rettet mot relasjoner og samspill innad i familien. Denne måten å forholde seg til familier på kan sies å lene seg på ideen om at barns utvikling handler om kjennetegn ved foreldre og mindre om foreldres muligheter til å investere økonomisk i barnet, eller hva stresset dårlig økonomi kan medføre.

Dearing og kollegar (2011) peker på sin side på hvordan både barn og foreldre med vedvarende lavinntekt lever under stress. Bøe et al. (2014) har identifisert stress som en forklaring på korrelasjoner mellom mangelfull omsorg for barn og lavinntekt. Kojan og Storhaug (2021) har gjort tilsvarende funn, der foreldrene i intervjuutvalget som hadde levd med dårlig økonomi over lang tid, opplevde at fattigdom i stor grad påvirket hverdagen og bidro til negativt stress og bekymringer. Et spørsmål i denne sammenheng er i hvilken grad foreldreveiledning er et egnet tiltak for foreldre som er i en stresset og presset situasjon. Det kan være vanskelig og nyttiggjøre seg foreldreveiledning når mer grunnleggende behov, som mat og hus, ikke er møtt. I denne sammenheng er det også relevant å trekke inn at barnevernets klientfamilier i stor grad består av alenemødre (Storhaug, Kvaran & Kojan, 2012). Å være alene om omsorgen for barn kan for mange innebære flere oppgaver å håndtere og økt press. Vi vet også at aleneforsørgere i større grad har dårligere økonomi enn to-foreldrehusholdninger (f.eks. Bekken et al., 2018; Goldblatt et al., 2023).

At det er familier med lav sosioøkonomisk status som mottar foreldreveiledning, kan også sees som en form for makt og styring av arbeiderklassen. Flere forskere har funnet at hva som er ansett som godt foreldreskap, baserer seg på den hvite middelklassens verdier og livsbetingelser (Andenæs, 2004; Haug, 2018; Hennem, 2010; Hollekim et al., 2016; Kojan & Fauske, 2011). Samtidig tilhører flertallet av foreldrene som kommer i kontakt med barnevernet, arbeiderklassen eller er ikke-sysselsatte (Kojan & Fauske, 2011; Fauske et al., 2018). Dette kan tyde på at det i barnevernet er en manglende sensitivitet for klasseforskjeller (Ljones et al., 2019).

Kanskje kan økt vekt på betydningen av det sosiale for barn og unges psykososiale helse bidra til å utvide barnevernsansattes blikk til også å inkludere faktorer som fattigdom? Westby (2021) peker på nettopp et behov for at barnevernet har et helhetsbilde rundt barn, der den økonomiske situasjonen er et av momentene. Dette kan sees i lys av de tidligere presenterte modellene til Bessell og Bronfenbrenner, som viser hvor sammensatt barn og unges utvikling er, og hvordan fattigdom kan påvirke mange dimensjoner og muligheter

i deres liv. For eksempel har mange av familiene som er fattige, et mindre sosialt nettverk og færre å støtte seg på (Barstad & Sandvik, 2015; Kojan & Storhaug, 2021, s. 56–57). Dersom de får økonomisk støtte til å delta på en aktivitet, er det ikke sikkert foreldre selv kan følge barnet, og da heller ikke sikkert at de har noen andre å spørre om hjelp. For familier med et dagligliv sterkt preget av fattigdom kan veiledningstiltak kombinert med noe økonomisk støtte dermed bli for smalspektret i forhold til barna og familienes behov. Det er samtidig en utfordring når politiske føringer ikke peker på viktigheten av at barnevernet jobber med fattigdomsproblematikk hos familiene de møter. Det blir en avstand mellom det som fra politisk hold forventes at barnevernsansatte skal gjøre, og hva foreldre og barn ser ut til å trenge.

Ny barnevernslov, som trådte i kraft i 2023, sier imidlertid ingenting om at barnevernet har ansvar for familiers økonomiske situasjon. Dette er en endring fra tidligere barnelovgivning. Sånn sett kan den barnevernspraksisen Kojan med kollegaer (2021) fant, der de barnevernsansatte i liten grad anså økonomiske forhold som sitt ansvarsområde, sies å være i tråd med det som er den ønskete praksis fra myndighetenes side. I tillegg finner Kojan og Storhaug (2021) at barnevernet har en manglende helhetlig forståelse av barnets og familiens hverdagsliv, som ser også ut til å føre til begrenset samarbeid med andre instanser, også der bidrag fra flere instanser kunne vært hensiktsmessig. Dette innebærer en risiko for at foreldre og barn som strever på grunn av fattigdom, ikke får den helhetlige hjelpen de har behov for, der også sosiale forhold bør være en del av forståelsen av familiens situasjon.

Nav har et tydeligere formelt ansvar for økonomiske forhold enn barnevernet. Når flere tjenester er involvert for å hjelpe en familie, men har ansvar for ulike forhold rundt familien, vil det ofte være nødvendig med samarbeid mellom tjenestene for å få til en helhetlig oppfølging (Lone & Værnor, 2019). En rekke studier viser samtidig at det er vanskelig å få til gode samarbeid rundt fattige familier, og at Nav og barnevernstjenesten i liten grad er koordinert. Dette innebærer at tjenestene kan bli fragmenterte, og at ingen har ansvar for å se helheten i familien og familiemedlemmenes situasjon (f.eks. Ask & Sagatun, 2020; Kojan & Storhaug, 2021; Mølland et al., 2021). Kojan og Storhaug (2021) fant for eksempel at samarbeidet mellom Nav og barnevernet først og fremst handlet om hvem som hadde ansvar for den økonomiske støtten. En helhetlig tilnærming kunne dermed fort forsvinne i en diskusjon om hvem som har ansvaret.

Et eksempel på et prosjekt som har prøvd å forbedre samarbeidet mellom tjenestene for fattige familier, er «Nye mønstre – trygg oppvekst» i Agder og Stavanger. Dette er en tverrfaglig innsats for barnefamilier med lav inntekt, der familien får en familiekoordinator som skal være deres kontaktperson inn til hjelpeapparatet. Familiekoordinatoren skal bistå med å tilpasse tjenestene til hva familien selv mener å trenge (Mølland et al., 2021). På denne måten kan familiene møte en kontaktperson som skal sikre en helhet i hjelpen. Det er så langt publisert lite forskning fra prosjektet «Nye mønstre – trygg oppvekst». Lignende prosjekter er prøvd ut andre steder, slik som «Helhetlig oppfølging av lavinntektsfamilier i NAV» (HOLF) (Rugkåsa & Bergheim, 2020) og Pilot 0-24 i Trondheim. Hovedkonklusjonen fra HOLF-prosjektet var at modellen ikke hadde hatt de ønskede virkninger. Denne konklusjonen var det imidlertid ikke enighet om innad i forskningsgruppen (Nav.no, u.d.).

En utfordring, også når det gjelder prosjektene med familiekoordinatorer, er hva som skjer med barnets perspektiv når en familie har behov for økonomisk støtte. Barn og unge har unik kunnskap om egen situasjon og behov, slik vi har vist til tidligere i kapittelet. Å få fram deres perspektiver når det gjelder konsekvenser av fattigdom, og hva de trenger, kan være avgjørende for at hjelpen skal treffe best mulig. Rugkåsa og Bergheim (2020) fant at familiekoordinatorene i HOLF-prosjektet i relativt liten grad var i kontakt med barna i familien de fulgte opp, men isteden fulgte opp barna gjennom foreldrene. Samtidig fikk de koordinatorene som snakket med barna direkte, et annet og mer nyansert bilde av barnas situasjon.

Barkved og Jørgensen (2023) har undersøkt hvilke barneperspektiv Nav og barnevernet har i sitt arbeid. De fant at Nav-ansatte ikke snakket direkte med barn, men at noen prøvde å få innsikt i barnas perspektiv gjennom å snakke med foreldrene. Det samme fant både Kane et al. (2018) og Ask og Sagatun (2020) i sine studier om hvordan barnevern og Nav møter og ivaretar fattige familier. Det var å få de voksne i arbeid som fikk det meste av de Nav-ansattes oppmerksomhet (Ask & Sagatun, 2020). Barkved og Jørgensen (2023) peker i denne sammenhengen på hvordan manglende oppmerksomhet mot barnas egne erfaringer innebar at det var foreldrenes perspektiv på barnas behov som dannet grunnlaget for Navs vurderinger og beslutninger. Samtidig var det opp til foreldrene å bringe inn barnets behov, da Nav ikke hadde rutiner eller prosedyrer som vektla å spørre om barnas situasjon. Barnevernet snakket på sin side ofte og mye med barn. Barnas levekår var imidlertid sjelden et tema

i samtalene. De ansatte hadde kunnskap om at levekår kan ha betydning for den totale belastningen på familien, og slik også for barnas omsorgssituasjon, men tiltakene og oppmerksomheten var ikke rettet mot økonomi. Både de ansatte i Nav og i barnevernet trakk fram at de kan utfylle hverandre ved å samarbeide, ved at den ene tjenesten har et tydeligere barneperspektiv, og den andre har et tydeligere levekårsperspektiv. Det kom imidlertid fram at samarbeid sjelden forekom i praksis, og de gangene tjenestene samarbeidet, handlet dette i hovedsak om å avklare det økonomiske ansvaret. Konsekvensen er at tjenestene mangler gode praksiser for å sikre et tydelig barneperspektiv i arbeid med fattige familier.

Avslutning

La oss nå vende tilbake til spørsmålet om hvordan vi kan forstå fattigdom og dens konsekvenser for barn, og hva dette kan bety for de offentlige tjenestenes innsats overfor barn i fattige familier. Vi har presentert tre ulike måter å forstå fattigdommen på: Bronfenbrenners sosial økologiske modell, Bessells tre dimensjoner av fattigdom og til slutt Hyggen et al. (2018) sine tre modeller om forhold som påvirker barns utvikling. Disse teorien om fattigdom, og dens konsekvenser, viser hvordan fattigdom kan ha betydning for og virke begrensende på barn og familiers liv på en rekke arenaer.

Det er en rekke tiltak som er ment å forhindre fattigdom. Det kan imidlertid se ut til at tiltakene forholder seg til utvalgte deler av barn og foreldres liv, der investeringshypotesen og endring av kjennetegn ved foreldrene ser ut til å få størst plass. Familiestress-hypotesen ser ut til å være mindre framtrædende. Et spørsmål er om dette er å begynne feil sted. Ville det være bedre hjelp å tilnærme seg fattigdomsproblematikken ved å begynne med det som utløser press og stress? Når det største stresset er redusert, kan det være lettere å jobbe videre med andre utfordringer. Dette betyr imidlertid ikke å se bort fra forhold som rusmisbruk hos foreldre, alvorlig psykisk sykdom eller vold og overgrep i nære relasjoner, som kan være svært alvorlig for barns omsorgssituasjon, men å utvide perspektivet og i større grad være interessert i og jobbe mot å forbedre familienes levekår. En risiko ved å vektlegge betydningen av

foreldres stress er at det kan bli opp til den enkelte å jobbe med seg selv, for å håndtere stresset, istedenfor det vi foreslår her om å jobbe med det sosiale.

For å redusere foreldres opplevde stress, og gi barn og unge flere muligheter, er det, slik vi ser det, nødvendig å bedre fattige familiers økonomiske situasjon. Professor emerita Mona Sandbæk, som ledet den tidligere omtalte Barns levekår-studien, viser så sent som i juni 2023 at det må inn en ny giv i fattigdomspolitikken. Hun sier at «uavhengig av regjering har det knapt vært ett forslag for å bedre familienes inntekt». Med henvisning til barnekonvensjonens artikkel 27 viser hun at barn har rett til en anstendig levestandard. Da er det ikke tilstrekkelig med (kompenserende) tiltak for å bøte på konsekvensene av å leve med lite penger (Sandbæk, 2023).

En annen utfordring med det offentliges svar på fattigdomsproblematikken er at den kan bli fragmentert. Dette kan se ut til å gjelde for tjenestene som skal hjelpe barn som har fattige foreldre. Vi har synliggjort og drøftet at ingen av tjenestene har et overordnet ansvar for å se familiens helhetlige situasjon, der økonomi er en vesentlig del av bildet. I stedet er tanken at de ulike tjenestene skal samarbeide for å hjelpe familiene. En utfordring er at denne type samarbeid har en tendens til å ikke fungere optimalt. For å bidra til bedre koordinerte tjenester er det prøvd ut å gi familier en familiekoordinator. Dette kan, basert på familiers tilbakemeldinger, se ut til å være en lovende praksis. Det er imidlertid på sin plass å stille spørsmål ved at systemene som skal hjelpe familiene, er så kompliserte at det er nødvendig med profesjonell hjelp for å navigere og få de tjenestene familiene har rett på. Dette kan også sees i lys av Lund og Kolbs kapittel 15 i denne boken. Et annet spørsmål i denne sammenhengen er hvilken plass barns egne erfaringer og perspektiver får når det gjelder fattigdom.

For å kunne bedre fattige familiers levekår og bidra til et mer rettferdig samfunn vil det ikke være nok med helhetlige, treffsikre og tilgjengelige tjenester. Vi må aldri glemme at fattigdom handler om å ha for lite penger. Tiltak må settes inn bredt og innebære endringer også på makronivå. Det betyr at det vil være nødvendig med større strukturelle endringer som bidrar til å styrke barn og foreldres medborgerskap og demokratiske deltakelse. Dette inkluderer også en mer rettferdig før-fordeling av ressurser som penger, makt og muligheter, slik at alle kan oppleve seg inkludert og at har reelle muligheter og påvirkningskraft.

Referanser

- Andenæs, A. (2004). Hvorfor ser vi ikke fattigdommen? Fra en undersøkelse om barn som blir plassert utenfor hjemmet. *Nordisk sosialt arbeid*, 24(1), 19–33.
- Ask, T. & Sagatun, S. (2020). Frontline professionals performing collaborative work with low-income families: Challenges across organizational boundaries. *Nordic Journal of Social Research*, 11, 66–85.
- Bakken, A. (2022). *Ungdata 2021. Nasjonale resultater* (NOVA-Rapport 5/22). NOVA, OsloMet.
- Bakken, A. (2023). *Ung i Oslo 2023. Ungdomsskolen og videregående skole* (NOVA Rapport 6/23). NOVA, OsloMet.
- Barkved, A. V. & Jørgensen, T. (2023). Korleis vert barns erfaringar med å vekse opp i fattigdom fanga opp av Nav og barneverntenesta? *Norges barnevern*, 100(1), 20–35.
- Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: En analyse av ulikhet i sosiale relasjonar med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene*. Statistisk sentralbyrå.
- Bekken, W., Dahl, E. & van der Wel, K. (2018). *Barnefattigdom, helse og livssjanser. Hva kan kommunene gjøre? Noen tilnærmingar* (OsloMet Rapport 2018 nr. 2). Fakultet for samfunnsvitenskap, Institutt for sosialfag, OsloMet – storbyuniversitetet.
- Bessell, S. (2021). Rethinking child poverty. *Journal of Human Development and Capabilities*. <https://doi.org/10.1080/19452829.2021.1911969>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bøe, T. (2013). *Socioeconomic status and mental health in children and adolescents* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen].
- Bøe, T., Balaj, M., Eikemo, T. A., McNamara, C. L. & Solheim, E. F. (2017). Financial difficulties in childhood and adult depression in Europe. *European Journal of Public Health*, 27(suppl_1), 96–101. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw253>
- Bøe, T., Serlachius, A. S., Sivertsen, B., Petrie, K. J. & Hysing, M. (2018). Cumulative effects of negative life events and family stress on children's mental health: The Bergen Child Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1451-4>
- Bøe, T., Sivertsen, B., Heiervang, E., Goodman, R., Lundervold, A. J. & Hysing, M. (2014). Socioeconomic status and child mental health: The role of parental emotional well-being and parenting practices. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 705–715. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9818-9>
- Chaudry, A. & Wimer, C. (2016). Poverty is not just an indicator: The relationship between income, poverty, and child well-being. *Academic Pediatrics*, 16(3, Suppl.), 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.12.010>
- Dearing, E., Zachrisson, H. D. & Mykletun, A. (2011). Fattigdommens konsekvenser for utvikling og psykisk helse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2011/08/fattigdommens-konsekvenser-utvikling-og-psykisk-helse>
- Departementene. (2020). *Like muligheter i oppveksten: Regjeringens samarbeidsstrategi for barn og unge i lavinntektsfamilier (2020–2023)*. Barne- og familiedepartementet.

- Ekren, R. & Grendal, O. N. (2021). Barn i vedvarende lavinntekt klarer seg litt dårligere i utdanning og arbeid. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/barn-i-vedvarende-lavinntekt-klarere-seg-litt-darligere-i-utdanning-og-arbeid>
- Elder, G. H. (1999). *Children of the great depression: Social change and life experience*. Westview Press.
- Elstad, J. I. & Pedersen, A. W. (2012). The impact of relative poverty on Norwegian adolescents' subjective health: A causal analysis with propensity score matching. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(12), 4715–4731.
- Enstad, F. & Bakken, A. (2024). *Ungdata junior 2024. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 5/24). NOVA, OsloMet.
- Fauske, H., Kojan, B. H. & Storhaug, A. S. (2018). Social class and child welfare: Intertwining issues of redistribution and recognition. *Social Sciences*, 7(9).
- Fløtten, T. & Grødem, A. S. (2014). *Helhetlige tiltak mot barnefattigdom: En kunnskapsoppsummering* (Fafo-rapport 2014: 18).
- Fløtten, T. & Nielsen, R. A. (2020). *Barnefattigdom – En kunnskapsoppsummering: Vedlegg til Like muligheter i oppveksten*. Fafo. <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/eksterne-rapporter/item/barnefattigdom-en-kunnskapsoppsummering-2>
- Goldblatt, P., Castedo, A., Allen, J., Lionello, L., Bell, R., Marmot, M., Heimburg, D. v. & Ness, O. (2023). *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014*. Institute of Health Equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/rapid-review-of-inequalities-in-health-and-wellbeing-in-norway-since-2014>
- Hagen, G. (2001). *Barnevernets historie – Om makt og avmakt i det 20. århundre*. Akribes Forlag.
- Haug, V. (2018). *Barn i risiko og risikable foreldre – En analyse av risikoforståelser i barnevernets institusjonelle praksis* [Doktorgradsavhandling, OsloMet].
- Hennum, N. (2010). Mot en standardisering av voksenhet? Barn som redskap i statens disiplinering av voksne. *Sosiologi i dag*, 40(1–2), 57–75.
- Hollekim, R., Anderssen, N. & Daniels, M. (2016). Contemporary discourses on children and parenting in Norway: Norwegian Child Welfare Services meets immigrant families. *Children and Youth Services Review*, 60, 52–60.
- Hyggen, C., Brattbakk, I. & Borgeraas, E. (2018). *Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier: En kunnskapsoppsummering* (NOVA Rapport 11/2018). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, OsloMet.
- Kane, A. A., Neverdal, S. & Stenberg, O. (2018). Barnets rett til en forsvarlig levestandard: Utøvelse av skjønn i NAV og barneverntjenesten. *Fontene forskning*, 11(1), 17–29.
- Killén, K. (2017). *Sveket I: Risiko og omsorgssvikt – Et helseproblem og tverrfaglig ansvar*. Kommuneforlaget.
- Kojan, B. H. & Fauske, H. (2011). Et klasseperspektiv på barnevernets familier. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(2), 95–109.
- Kojan, B. H. & Storhaug, A. S. (Red.). (2021). *Barnevern og sosioøkonomisk ulikhet – Sammenhenger, forståelser og ansvar* (Rapportserie for sosialt arbeid, rapport nr. 6). NTNU.
- Kristofersen, L. B. (2019). *Barnefattigdom og barn i lavinntektsfamilier: Begrepsdrøfting og forskningskunnskap* (NOVA notat 2/2019). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/1304>

- Langørgen, A., Barstad, A., Eika, L. & Wiik, K. A. (2024). *Måling av barnefattigdom: Utredning av supplerende fattigdomsmål* (Rapport 2024/7). Statistisk sentralbyrå.
- Lister, R. (2015). 'To count for nothing': Poverty beyond the statistics. *Journal of the British Academy*, 3, 139–165. https://www.thebritishacademy.ac.uk/documents/1563/05_Lister_1817.pdf
- Ljones, E. H., Hollekim, R. & Christiansen, Ø. (2019). Råd og veiledning som tiltak i barneverntjenesten – Utviklingsstøtte for barn eller standardisering av foreldreskap? *Tidsskriftet Norges barnevern*, 96(3). <https://doi.org/10.18261/ISSN.1891-1838-2019-03-03>
- Ljungqvist, I., Topor, A., Forssell, H., Svensson, I. & Davidson, L. (2015). Money and mental illness: A study of the relationship between poverty and serious psychological problems. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9872-9>
- Lone, J. A. & Værnor, K. E. (2019). Samarbeidskultur på oppvekstfeltet i norske kommuner. *Stat & Styring*, 29(3), 61–64. <https://doi.org/10.18261/ISSN0809-750X-2019-03-19>
- Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur*. Universitetsforlaget.
- Marthinsen, E., Lichtwark, E., Omre, C. & Kojan, B. H. (2013). *Det nye barnevernet*. Universitetsforlaget.
- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid* (Rapport 2007: 5). Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mølland, E., Vigsnes, K. L., Bøe, T., Danielsen, H., Lundberg, K. G., Haraldstad, K., Ask, T. A., Wilson, P. & Abildsnes, E. (2021). The New Patterns study: Coordinated measures to combat child poverty. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49, 571–579.
- NAV. (u.å.). Helhetlig oppfølging av lavinntektsfamilier (HOLF). Hentet 12. juni 2023 fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/forskning-rapporter-og-evalueringer-finansiert-av-nav/sosiale-tjenester-rapportarkiv/helhetlig-oppfolging-av-lavinntektsfamilier>
- Nilsen, A. C. E., Jensen, H. C., Svarstad, C. & Thorød, A. B. (2019). Barns deltakelse og trivsel: Betydningen av familiens økonomi. *Upublisert artikkel*, Universitetet i Agder/Agderforskning.
- Normann, T. M. (2024). Færre barn lever i familier med lavinntekt. Hentet 28. august 2024 fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/faerre-barn-lever-i-familier-med-lavinntekt>
- Normann, T. M. & Epland, J. (2023). Færre barn med vedvarende lavinntekt i 2021. Statistisk sentralbyrå. Hentet 26. september 2024 fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/faerre-barn-med-vedvarende-lavinntekt-i-2021>
- Pettersen, O. M. & Sletten, M. A. (2018). Å ha lite der de fleste har mye: Nabolagets betydning for subjektiv fattigdom blant ungdom i Oslo. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 18(2), 139–170. NOVA, OsloMet.
- Read, J. (2010). Can poverty drive you mad? 'Schizophrenia', socio-economic status and the case for primary prevention. *New Zealand Journal of Psychology*, 39, 7–19.
- Ridge, T. (2002). *Childhood poverty and social exclusion*. The Policy Press.
- Rugkåsa, M. & Bergheim, B. (2020). Betydningen av barns deltakelse i bekjempelse av fattigdom. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(3), 157–169.

- Saitadze, I. & Lalayants, M. (2021). Mechanisms that mitigate the effects of child poverty and improve children's cognitive and social-emotional development: A systematic review. *Child & Family Social Work*, 26, 289–308.
- Sandbæk, M. (Red.). (2004). *Barns levekår: Hva betyr familiens inntekt?* (NOVA Rapport 11/04).
- Sandbæk, M. (Red.). (2008). *Barns levekår: Familiens inntekt og barns levekår over tid* (NOVA Rapport 7/2008).
- Sandbæk, M. (2023). Fattige familier trenger kontanter. *Vårt Land*, 5. juni 2023.
- Sandbæk, M. & Pedersen, A. W. (Red.). (2010). *Barn og unges levekår i lavinntektsfamilier: En panelstudie 2000–2009* (NOVA Rapport 10/10).
- Sen, A. (2000). *Social exclusion: Concept, application, and scrutiny*. Asian Development Bank Report, Social Development Papers No. 1.
- Sosialdepartementet. (2002–2003). *Tiltaksplan mot fattigdom* (St.meld. nr. 6).
- Storhaug, A. S., Kojan, B. H. & Kvaran, I. (2012). Enslige mødre i kontakt med barnevernet. *Fontene forskning*, 5(2), 4–17.
- Thorød, A. B. (2006). *En normal barndom?* (NOVA Rapport 2/06).
- Thorød, A. B. (2008). Sosial eksklusjon. I M. Sandbæk (Red.), *Barns levekår: Familiens inntekt og barns levekår over tid* (s. [side]). NOVA Rapport 7/2008.
- Thorød, A. B. (2012). Er det for dyrt? Om barns deltakelse og valg av organiserte fritidsaktiviteter når familiens økonomi er svak. *Fontene forskning*, 1, [sidetall].
- Thorød, A. B. (2017). *Oppsummeringsrapport: Samhandling mot barnefattigdom. Intervjuundersøkelse våren 2017*. Universitetet i Agder.
- Tilahun, N., Persky, J., Shin, J. & Zellner, M. (2023). Childhood poverty, extended family and adult poverty. *Journal of Poverty*, 27(1), 1–14.
- Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom*. Penguin.
- Underlid, K. (2005). *Fattigdommens psykologi: Oppleving av fattigdom i det moderne Norge*. Samlaget.
- Ungar, M., Ghazinour, M. & Richter, J. (2013). Annual research review: What is resilience within the social ecology of human development? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 348–366.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
- Westby, L. C. L. (2021). *Sårbare barnefamiliers erfaringer fra møter med norsk barnevern – En narrativ studie* [Doktorgradsavhandling, Høgskolen i Innlandet].

Simon, C. (2025). Et evolusjonært perspektiv på psykososial helse.
I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse*
(s. 57–74). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550203>

Kapittel 3

Et evolusjonært perspektiv på psykososial helse

Carsta Simon

Evolusjon forklarer hvordan psykososial helse påvirkes ved at premissene er lagt både i vår genetiske arv og i hver persons erfart samspill med omgivelsene. Når svaret på hvordan psykososial helse oppstår er besvart, vil dette også by på løsninger på utfordringer innen psykososial helse. Kapitlet vil ta for seg hvordan danning av vaner som muliggjør god psykososial helse, kan forklares og håndteres med utgangspunkt i et evolusjonært perspektiv.

Få forfattere har eksplisitt avgrenset begrepet «psykososial helse». Psykologiprofessor Frode Svartdal (2022) definerer «psykososial» i Store norske leksikon som en

fellesbetegnelse på psykiske og sosiale forhold av betydning for helse og mental fungering. Sosiale forhold kan angå barns oppvekstvilkår, hjemmeforhold, forhold på skolen, miljø på arbeidsplassen og så videre, mens psykiske forhold viser til personens måte å håndtere disse, kognitivt og emosjonelt.

Noen ganger kan sosiale forhold være uheldige, eksempelvis ikke-optimale forhold i oppvekstmiljøet, men faktorer hos personen avgjør i stor grad hvordan dette vil slå ut i helse og fungering (se resiliens). Det psykososiale miljøet i en gitt sammenheng for en bestemt person vil dermed være resultat av et samspill mellom sosiale og individuelle faktorer.

Psykiske forhold kan forklares gjennom arvelige faktorer, opplevelser gjennom livet¹ og interaksjonen mellom disse to (Dick, 2011). *Sosiale* faktorer ligger per definisjon i individets kontakt med omgivelsene. Sammen forklarer disse tidligere og nåværende faktorene vår *psykososiale* helse.

Slik et menneske fremstår her og nå, er til dels et produkt av naturlig seleksjon. Genene som muliggjør læring som i sin tur muliggjør en tilpasning når omgivelser endrer seg, er blitt selektert gjennom artens historie. Dette har skjedd ved at tilpassningsdyktige individer levde lenger og reproduserte seg oftere enn de individene som var mer «hard-wired». Dermed utviklet mennesket og andre arter store muligheter for å tilpasse atferden sin til skiftende betingelser gjennom sitt livsløp. Dette gir fordeler, men kan også være risikabelt, fordi variabilitet i atferden ikke nødvendigvis leder til bedre

1 Disse er dels av sosial natur.

tilpasning til omgivelsene. Hvis omgivelsene imidlertid endrer seg – og det gjør de som regel stadig vekk – er organismene som kan tilpasse atferden sin til disse endringene, de som gir videre de fleste gener, inkludert genene som muliggjør læring (f.eks. Simon & Hessen, 2019).

Naturlig seleksjon forklarer de arvede faktorene. En lignende utvelgelsesprosess skjer gjennom hendelser i enkeltmenneskes livstid ved at handlingsmønstre «overlever» eller «dør ut». Læringseffekter hos mange organismer, inkludert mennesker, kan dermed forklares som resultater av seleksjonsprosesser som finner sted i organismens livstid, det vil si i ontogenesen (Simon & Hessen, 2019; Skinner, 1981; Thorndike, 1900). Naturlig seleksjon (seleksjon på populasjonsnivå) har frembrakt ontogenetisk seleksjon (seleksjon på individnivå). Det å kunne lære ved at atferdsmønstre «overlever» i repertoaret til et menneske (muligheten for ontogenetisk seleksjon), har gått i arv, ettersom organismene som kunne lære mer enn andre når omgivelsene endret seg, levde lenger og reproduserte seg oftest. Vår psykososiale helse er dermed både et resultat av naturlig seleksjon og av ontogenetisk seleksjon. I det følgende forklares hvorfor læring kan forstås som en seleksjonsprosess, og hvordan naturlig seleksjon og ontogenetisk seleksjon henger sammen.

Naturlig seleksjon – hvordan selekteres genene våre?

Evolusjon finner sted hvis tre ingredienser er til stede: variasjon, overføring og seleksjon. I en populasjon av organismer er individene forskjellige; egenskapene deres varierer. De varierer delvis på grunn av faktorer i omgivelsene, slik som tilgang til mat eller foreldrenes beskyttelse, og delvis på grunn av genetiske faktorer som gir disposisjoner for fysiske eller psykiske egenskaper. Lærebokeeksemplet som gjerne brukes til å forklare naturlig seleksjon, er giraffenes halslengde. Faktabasen til dette eksemplet er omstridt (se f.eks. Simon & Hessen, 2019), men det har i årtiene fungert bra for å illustrere virkemekanismen bak naturlig evolusjon. I en populasjon giraffer har noen giraffer lengre og noen kortere halser. Hvis omgivelsene endrer seg, for eksempel høyere trær forekommer hyppigere og lavere trær mer sjeldent, får giraffene som har lengre halser, flere avkom enn de med kortere halser.

Denne effekten oppstår på populasjonsbasis og gjelder ikke nødvendigvis hvert individ i populasjonen. Har halslengde en genetisk faktor, blir denne overført til neste generasjon. Overføringen er selektiv fordi noen halslengder (de lengre) matcher omgivelsenes «krav» bedre enn andre (de kortere), og de bedre matchende lengder blir hyppigere overført enn de dårligere. Det vil si at de giraffene som har lengre halslengde, vil få flere avkom fordi de har bedre tilgang til næring.

På samme måte kan det vi ser på som psykiske egenskaper, forklares evolusjonært. Psykologiske egenskaper, og da også vår psykiske helse, er påvirket av mange genetiske faktorer (f.eks. Bouchard Jr, 2004; Murgatroyd & Spengler, 2012; Robinson et al., 2008), samtidig som ingen psykologisk egenskap er kun genetisk determinert. Genetikkenes effekt er alltid avhengig av hendelser i omgivelsene. Selv utvikling, det vil si et genetisk «predeterminert» program som utfolder seg gjennom livet, er avhengig av omgivelsene. Blir et barn i magen til mor utsatt for alkohol, eller får et barn ikke nok mat, vil disse barna utvikle seg annerledes enn dem som ikke ble utsatt for alkohol og som fikk tilstrekkelig med næringsstoffer. Læringseffekter er i enda større grad avhengig av hendelsene i omgivelsene, selv om også læringsmulighetene har genetiske predisposisjoner. Vi er, for eksempel, født med forutsetningene for å lære oss å snakke, men uten input fra et språkmiljø lærer vi det ikke. Omgivelsene avgjør hvilke språk vi lærer gjennom stadig eksponering for språket/språkene og reaksjoner på våre forsøk på å snakke. I det følgende kommer vi til å se at ikke bare det å snakke, men også annen atferd som er tett knyttet til vår psykososiale helse, er et resultat av en evolusjonær prosess basert på variasjon, overføring og seleksjon.

Ontogenetisk seleksjon – hvordan selekteres atferden vår?

Læring kan forstås som en evolusjonær prosess, ettersom også læringseffekter resulterer fra variasjon, overføring og seleksjon. Tidsrammen er dog en annen enn ved naturlig seleksjon. I ontogenetisk evolusjon er det ikke gener som varierer og som blir selektivt overført, men atferdsmønstre. Akkurat

som noen halslengder er en bedre match med omgivelsenes egenskaper, så er også noen atferdsmønstre en bedre match med omgivelsene enn andre. Et atferdsmønster vil opprettholdes dersom det leder til hendelser som tidligere i artens historie har økt sannsynligheten for genenes reproduksjon. Uten at vi nødvendigvis er klare over det, så jobber vi, akkurat som alle organismer, *i det store og hele* for å øke sannsynligheten av kontakt med hendelser som var fordelaktig for genenes reproduksjon. Slike hendelser er hendelser som gir tilgang til mat, partner eller god helse. *I det store og hele* unngår vi også kontakt med hendelser som er ufordelaktig for genenes reproduksjon, slik som fiender, sykdommer, skader, høyder og så videre. Kontakten til slike hendelser er viktig for oss (i betydningen at vi prøver å maksimere eller minimere kontakt med dem), fordi de av våre forfedre som ikke brydde seg om slike hendelser, jevnt over fikk færre barn. Dermed ble genene deres overført i mindre grad enn genene til dem som brydde seg om slike hendelser. Baum (2012, s. 106) kaller slike hendelser *Phylogenetically Important Events* (*fylogenetisk viktige hendelser*), ettersom de fikk effekten som de har på vår atferd i dag i fylogenesen, det vil si i artens historie². Slike hendelser (f.eks. tilgang til mat) eller fravær av slike hendelser (f.eks. av fiender) har blitt effektive påvirkningsfaktorer på hva vi gjør i dag, fordi kontakt med dem økte eller minket forplantingssuksessen i vår arts historie. Kontakt med noen hendelser som påvirker hvilke valg mennesker tar, gir ikke noen fitnessfordel. Det kan være hendelser som ikke fantes i fylogenesen vår, men som utløser neurologisk aktivitet som har fellestrekk med fylogenetisk viktige hendelser. Rusmidler, alkohol og beskyttet samleie er eksempler.

Ettersom mennesket lenge har levd i og vært avhengig av å tilhøre grupper, er mange fylogenetisk viktige hendelser sosiale av natur, slik som smil fra andre, rynkete panner, øyekontakt eller ros. Men også tilgang til penger eller poeng er eksempler på hendelser som under mange omstendigheter kan

2 Borgstede og Eggert (2021) kaller slike hendelser *statistical fitness predictors* fordi hvorvidt et individ har kontakt med dem, samsvarer med det genetiske bidraget individet i gjennomsnitt gjør til neste generasjon. Begrepet *Biologisk Fitness* er definert som dette bidraget. Den grunnleggende sammenhengen mellom Fitness og atferdsendring er definert gjennom sammenhengen mellom atferd og fylogenetisk viktige hendelser i form av *Covariance Based Law of Effect*, som forklares i detalj i Borgstede og Eggert, 2021; Borgstede & Luque, 2021; og Borgstede & Simon, 2024.

påvirke hva vi gjør. Denne effekten kommer av at kontakten med fylogenetisk viktige hendelser samsvarer (korrelerer) ikke bare med det genetiske bidraget et individ har til neste generasjon, men også med hendelser som blir signaler for slike hendelser. Slike signaler eller stedfortrederne for fylogenetisk viktige hendelser (slik som penger eller poeng) tilegner seg effekten sin til stor grad i vår livstid avhengig av omgivelsene våre. Som fellesbetegnelse for både fylogenetisk viktige hendelser (slik som tilgang til mat eller husly) og deres signaler (slik som penger) bruker Baum (2012) ordet *inducers*. Shahan (2010) bruker ordet *signposts* (veivisere). Cowie, Davison og Elliffe (2017) refererer til dem som *signals*. I den norskspråklige litteraturen ønsker vi å innføre oversettelsen fylogenetisk viktige hendelser, som vi i dette kapitlet bruker som fellesbetegnelse for både fylogenetisk viktige hendelser (slik som mat og husly) og deres stedfortredere (signaler for fylogenetisk viktige hendelser, slik som penger eller bekreftelse). Valget å fra herav sammenfatte begge med ett begrep har vi tatt fordi det i en del tilfeller er et åpent (men for resten av teksten lite relevant) forskningsspørsmål hvorvidt en hendelse er en fylogenetisk viktig hendelse eller et signal av en fylogenetisk viktig hendelse. Som forskningsfelt fremhever det psykososiale perspektivet på helse viktigheten av effekten av sosiale signaler for fylogenetisk viktige hendelser på hvordan vi føler og oppfører oss. Det er dermed korrelasjonen med fylogenetisk viktige hendelser (eller deres signaler) som er ansvarlig for selektiv overføring av en persons atferd fra en situasjon til neste. Dette perspektivet forklarer, for eksempel, hvorfor vi mennesker velger som vi gjør. Blir jeg om og om igjen bedt om å ta meg av to nokså like oppgaver, og den førstes utførelse som regel leder til ros og takknemlighet, mens den andre en sjelden gang leder til ros og takknemlighet, så øker jeg gjerne tiden brukt på den første oppgaven. Valgene vi tar, henger tett sammen med hvordan vi har det – den psykososiale helsen. Når en vet noe om hva som påvirker et valg, så kan en også hjelpe personer til å handle annerledes og påvirke sin egen psykososiale helse. For å forstå hvorfor den vi prøver å hjelpe velger som hen gjør, er det avgjørende å være bevisst på at alle valg skjer i en kontekst av reelle valgmuligheter som kan bli til sosiale og politiske helsedeterminanter. Er jeg asylsøker i et land hvis politikk gir meg rett til nødvendig helsehjelp, men ikke til forebyggende helsetjenester, så påvirker dette min mulighet å forebygge helseproblemer. Mennesker lever under ulike sosiale og politiske omstendigheter som påvirker de faktiske valgmulighetene.

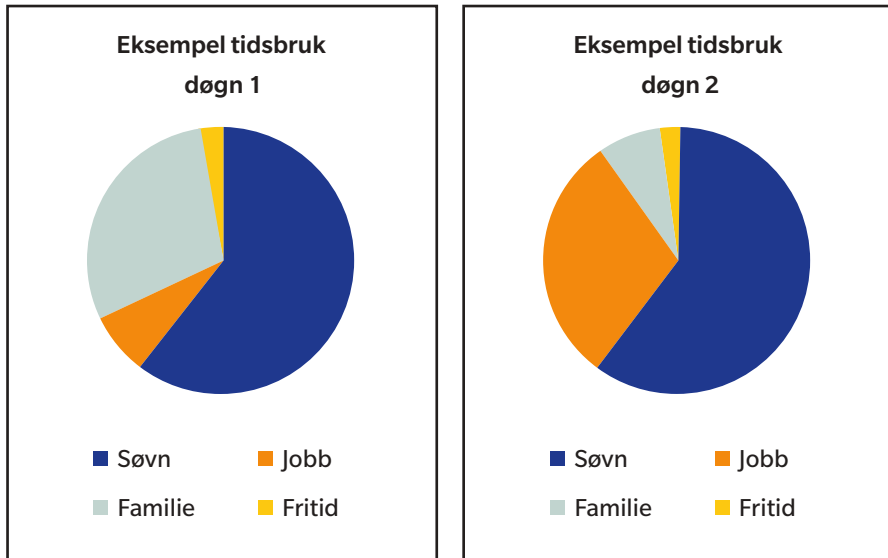
Hittil har vi sett at grunnen til at også læring i løpet av et enkeltmenneske sitt liv kan forstås som en evolusjonær prosess, er at overføringen av et atferdsmønster til en annen situasjon (en persons gjentakelse av en aktivitet) er selektiv. Vi har alltid valgmuligheter, selv om disse kan fremstå så ufordelaktige for oss at vi i hverdagslig tale ikke kaller disse valgmuligheter. Vår livstid er begrenset, og det setter grenser for hva vi kan gjøre. Aktivitetene våre konkurrerer om tiden vår, ettersom den totale tiden vi har er begrenset (Baum, 2012). Jobber jeg lenger, har jeg mindre fritid, eller mindre tid med familien, eller sover mindre, hvis jeg bruker like mye tid som før på alt annet. Dette eksempel er illustrert i figur 3.1. Fordelingen av tiden vår til disse aktivitetene styres av aktivitetenes samvariasjon med fylogenetisk viktige hendelser. Hvis det å jobbe leder til at jeg får flere smil fra andre, ros fra samarbeidspartnere og høy inntjening av penger, mens det å være hjemme med familien i hovedsak medfører kritikk og morske blikk, så er det sannsynlig at tiden jeg tilbringer på jobb øker, og tid med familien avtar.

Når tiden brukt på jobb versus familie endrer seg som følge av en endring av hendelser i omgivelsene (f.eks. mer/mindre penger eller kritikk), skjer en selektiv overføring av atferdsmønstre fra ett tidsintervall (f.eks. virkedag) til neste. Når tiden brukt på jobb versus familie ikke endrer seg som følge av uendrede hendelser i omgivelsene (like mye penger og kritikk som før), skjer en annerledes selektiv overføring av atferdsmønstre fra ett tidsintervall til neste.³

3 For en matematisk formalisering av den beskrevne utvidelsen av prinsippet bak naturlig seleksjon til læring som forklarer atferdsendringer i fylogenesen presis som atferdsendringer i ontogenesen, henvises den interesserte leseren til *Atferdsseleksjonens Multinivå Modell (Multilevel Model of Behavioral Selection)*, Borgstede & Eggert, (2021). Modellen forklares nærmere for mindre matematisk interesserte lesere av Borgstede og Simon (2024).

Figur 3.1

Eksempel på endret tidsbruk som konsekvens av endret tilgang til fylogenetisk viktige hendelser.



Hvorfor er det evolusjonære perspektivet nyttig?

Et evolusjonært perspektiv på handlinger som henger sammen med psykososial helse, er viktig fordi det 1. forklarer hvorfor og hvordan handlingsmønstre som samsvarer med psykososial (u)helse oppstår, og 2. gir et rammeverk for å lete etter løsninger knyttet til utfordringer med psykososial helse.

Hvorfor og hvordan oppstår handlingsmønstre som samsvarer med psykososial (u)helse?

Sosiale forhold, slik som barns oppvekstvilkår, hjemmeforhold, forhold på skolen og miljø på arbeidsplassen, som Svartdal (2022) nevner som eksempler i definisjonen sin (se introduksjonen til dette kapittelet), påvirker hvordan vi har det psykisk, simpelthen fordi de samsvarer med kontakten til noen fylogenetisk viktige hendelser, men ikke med andre. Er mine oppvekstvilkår preget av barnefattigdom (se kapittel 2), så begrenser dette ofte tilgang

til sunn mat, positive sosiale interaksjoner ved fritidsaktiviteter (som er kostbare eller krever stor prioritering av foreldrene) eller til helserelevante fylogenetisk viktige hendelser som tilgang til medisiner, funksjonelle klær eller varme i huset når strømmen er dyr. Grunnen til at vi blir påvirket av slike fylogenetisk viktige hendelser er at de av forfedrene våre hvis atferd ble påvirket av mangel på mat eller andre helserelevante faktorer, er de som har bidratt mest til genforrådet vårt.

Ut fra et evolusjonært perspektiv har vi mennesker arvet en evne til å påvirke og la oss påvirke. Det vi gjør, reguleres kontinuerlig av samspillet med omgivelsene for å redusere mismatchen mellom omgivelsene og vår atferd. Dette er en prosess som pågår så lenge vi er i live. Andre menneskers handlinger er en viktig del av omgivelsene våre. Det å være påvirkbar muliggjør et samspill med andre som er fordelaktig for det enkelte menneske sin mulighet for å overleve, og dermed også for å videreføre sine gener. Denne livsnødvendige påvirkbarheten som er utviklet hos mennesket, åpner også opp for påvirkning av handlinger som medfører psykososiale utfordringer. Eksempler på dette er negative konsekvenser for å ikke ha en «ideal» kropp (se kapittel 11), høyt alkoholinntak hos foreldre (se kapittel 10) og vold i nære relasjoner (se kapittel 14). Disse er typiske eksempler på atferd som setter andre menneskers psykososiale helse på spill gjennom å påvirke deres tilgang på hendelser som er viktige for mennesket generelt (positive fylogenetisk viktige hendelser).

Undersøker vi sosiale situasjoner slik som barnefattigdom eller rusavhengighet hos foreldre, ser vi at manges, men ikke alles, psykososiale helse blir negativt påvirket. De hvis helse ikke påvirkes negativt av de undersøkte omgivelsefaktorene, omtales som motstandsdyktige eller resiliente (se kapittel 15). Ønsker vi å finne ut årsakene til at noens psykiske helse er mer resiliert enn andres, så finner vi svar gjennom å både gå tilbake i tid til hendelser tidligere i vedkommendes liv og til genetiske disposisjoner (i fylogenesen overført til nåtid gjennom genene).

Evolusjon som rammeverk for å bedre psykososial helse

Hvis vår psykososiale helse ikke oppleves god, så kan dette sees på som et avvik mellom reell kontakt med fylogenetisk viktige hendelser og ønsket kontakt med fylogenetisk viktige hendelser. Det er en mismatch mellom

det individet opplever å trenge (eksempelvis nære sosiale relasjoner), og det omgivelsene tilbyr. Vi mennesker former i stor grad våre omgivelser (gjennom fysisk utforming og kulturelle praksiser) slik at de er tilpasset behovet til majoriteten eller gjennomsnittet. De som tilhører minoriteten, vil dermed oppleve en mismatch mellom behov og mulighet for tilpasning. En ikke-seende ville ikke hatt noen spesielle utfordringer hvis alle andre ikke heller så. En transperson ville ikke hatt noen spesiell utfordring hvis ikke de fleste andre oppfattet sin kjønnsidentitet som binær, og designet miljøet (inkludert samfunnet) deretter. På den måten ligger mange av minoriteters utfordringer mellom individet og omgivelsene. Denne vektleggingen av «kontaktflaten» mellom mennesket og omgivelser deler det evolusjonære perfektivet presentert her med andre perseptiv, som for eksempel det dialogiske, der psykososial helse sees som et spørsmål om dette samspillet og hvordan vi som mennesker blir formet gjennom de responsene vi får fra våre omgivelser (Bøe, Kristoffersen, Lidbom, Lindvig, Seikkula, Ulland & Zachariassen, 2015; se også kapittel 18). Det som påvirker den psykososiale helsen, ligger per definisjon i samspillet mellom individet og omgivelsene, og det sier seg selv at en person ofte ikke har mulighet til å løse psykososiale utfordringer alene. Derfor har det oppstått en del yrker som assisterer ved å minke mismatchen mellom personens og omgivelsenes egenskaper. Et eksempel er miljøbehandling (Holden, 2013; Viken, 2018).

Virkemåten til mange av miljøterapeutenes handlemåter lar seg tolke fra et evolusjonært perspektiv gjennom en kartlegging av hvordan intervensjonene endrer tilgangen til fylogenetisk viktige hendelser. Den mest systematiske tilnærmingen til spørsmålet om hvilke fylogenetisk viktige hendelser som styrer aktuell atferd, er *funksjonelle analyser* (Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman & Richman, 1994; Hanley, Iwata & McCord, 2003; se også kapittel 9). Resultatet av slike analyser lar seg bruke til å endre samspillet mellom atferd og fylogenetisk viktige hendelser slik at et nytt atferdsmønster kan bli selektert. En annen metode brukt av miljøterapeuter som lar seg tolke fra et evolusjonært perspektiv, er forming (eng. *shaping*) av atferd. I shaping, for eksempel av språk hos barn med autismespekterforstyrrelser, presenteres det positive fylogenetisk viktige hendelser kontingent på forekomsten av en målatferd slik

at en tilnærming til et definert atferdsmål, slik som uttale av et ord, oppstår (f.eks. Greer & Keohane, 2005).

Effektene av både fylogenetisk og ontogenetisk seleksjon er særlig synlig i både disposisjonen for og muligheten til å overkomme *fobier*. Fobier, slik som edderkoppfobi, har lettere for å oppstå enn for eksempel en bil- eller stikkontaktfobi, fordi det har vært en forplantingsfordel å lære seg å unngå farlige dyr, slik som edderkopper kan være, og det fantes ikke noen biler eller stikkontakter da genene for denne predisposisjonen ble selektert en gang mellom 252 ma og 4500 f.Kr. (Bracha, 2006). Et eksempel mer typisk for psykososial helse er sosialfobi. Både sosialfobi og edderkoppfobi kan behandles gjennom økningen av kontakten til fylogenetisk viktige hendelser som har vært unngått. Terapeuten eksponerer pasienten gradvis (eller plutselig) for en edderkopp eller en sosial kontekst, som begge er fylogenetisk viktige hendelser. Så lar terapeuten vedkommende oppleve hva som (ikke) skjer i kontakten med fylogenetisk viktige hendelser slik at annen atferd – alternativene til unngåelse av de aktuelle fylogenetisk viktige hendelser – kan bli selektert i fremtidige situasjoner. Pasienten opplever at det som hen var redd for, ikke inntreffer i en sosial kontekst eller i et møte med en edderkopp.

Metoder som funksjonelle analyser, shaping eller eksponering har opprinnelsen sin i atferdspsykologien, som bygger på forståelsen av hvordan atferd blir påvirket av dens foranledninger og konsekvenser (fylogenetisk viktige hendelser). Atferdspsykologens påvirkning av foranledninger til eller konsekvenser av atferd har gjennom årtiene vist seg å være en effektiv måte for å påvirke individers psykososiale helse, og konseptet av fylogenetisk viktige hendelser supplerer denne effektive måten med en forklaring på hvorfor omgivelsefaktorer slik som foranledninger og konsekvenser (eller andre kontingente hendelser) har den effekten de har (Baum, 2012). I tillegg til denne forklaringen åpner analogien mellom naturlig og ontogenetisk evolusjon opp for en forklaring av psykososiale helsefenomener som ved første øyekast ser ut til å stå i strid med tradisjonell atferdspsykologi, som vi kommer til å se i det følgende. Et slikt fenomen tett knyttet til psykososial helse er for eksempel det som vi kaller «gode og dårlige vaner».

Et evolusjonært perspektiv på danning av «gode og dårlige» vaner

Sammenhengen mellom danning av vaner og psykososial helse blir, for eksempel, tydelig i det nettbaserte kurset *The Science of Well-Being* utviklet av Yale-professoren Laurie Santos. Kurset (Santos, 2013) formidler et aktuelt vitenskapelig grunnlag for hva man kan gjøre og bør la være å gjøre for å forbedre ens psykososiale helse. En modul av kurset, *Rewirement Challenge*, gir en teoretisk forståelse av hvilke faktorer som påvirker vår psykososiale helse, samtidig som studentene øver på å kartlegge og endre vaner som har vist seg å stå i tett sammenheng med hvordan vi har det. Vaner som øves på i kurset, er blant annet det å bevege seg fysisk, sove nok, meditere, ha sosial kontakt, gjøre noe snilt og skrive takknemlighetsdagbok. Kurset har frem til i dag blitt tatt av over 4 831 716 studenter fra hele verden, som har vurdert det til å få 4,9 av 5 kvalitetspoeng. Ifølge Santos viser data som hun har samlet inn på hvorvidt studentene opplever en bedring etter å ha fulgt kursets råd, at de fleste deltakerne rapporterer en bedring av hvordan de har det (Yaden, Claydon, Bathgate, Platt, Santos, 2021).

Fra et perspektiv av naturlig seleksjon er det lett å forstå hvorfor mange beveger seg for lite. I fylogenesen vår var det ikke nok kaloririk mat for alle organismers kaloribehov, slik at det var en fordel for å overleve og reproducere seg å konsumere det meste av kalorier en kunne få tak i med så lite fysisk innsats som mulig (Power & Schulkin, 2013). Siden denne forkjærligheten for å begrense fysisk aktivitet har begynt å gå i arv, har omgivelsene endret seg til å ha et rikelig tilbud av fett og sukker uten at det er nødvendig å være i stadig fysisk aktivitet. Genene har ikke rukket å tilpasse seg til de nye omgivelsene. Den genetiske variasjonen vi ser i dag, er dermed ikke tilpasset betingelsene i dag. Naturlig seleksjon forklarer altså hvorfor det er krevende for mange å være nok fysisk aktiv – og dermed hvorfor mange etterspør Santos sin kurs, der deltakerne lærer seg å danne nye vaner. Ontogenetisk evolusjon er mekanismen som lar oss lære å motarbeide denne fylogenetisk betingede forkjærligheten, og som likevel muliggjør en viss tilpassing til nåværende omgivelser. Det å endre vaner er ikke gjort gjennom «å virkelig ville endre noe», «å ta seg sammen» eller lignende appeller. I det evolusjonære perspektivet introdusert her forutsetter en endring av vaner en endring i omgivelsene som påvirker valgene som å ta en spasertur eller ringe en venn istedenfor å bli sittende på sofaen alene.

Både fra det (forenklete) evolusjonære perspektivet presentert hittil og fra et tradisjonelt atferdspsykologisk perspektiv er det lett å forstå at «dårlige vaner» oppstår fordi hver gang vi blir liggende på sofaen, ikke ringer en venn og ikke skriver i takknemlighetsdagboken vår, så slipper vi orket / dørstokkmila / umiddelbare negative fylogenetisk viktige hendelser. På basis av det enkelte tilfellene er dette valget bra for oss. Vi trenger jo også å hvile, som samsvarer med positive fylogenetisk viktige hendelser. Det sammensatte handlingsmønsteret av å bli liggende i sofaen hver kveld eller aldri ringer en venn, kan skape problemer i form av negative konsekvenser / fylogenetisk viktige hendelser slik som dårlig helse eller mangel på nære relasjoner. Det er denne forskjellen mellom fylogenetisk viktige hendelser som samsvarer med ett valg (av å ikke bevege seg / ta én drink / lar være å skrive i takknemlighetsdagboken én kveld) og dem som samsvarer med flere like valg (av å bevege seg sjeldent, hyppige drinker, så godt som aldri å skrive i takknemlighetsdagboken) som gjør problemer knyttet til «dårlige vaner» så spesielle.

Motsier da *muligheten av å skape gode vaner* grunnprinsippet i atferdspsykologien og i det evolusjonære perspektivet fordi de enkelte valgene (å gå en tur i dag) er umiddelbart fulgt av negative fylogenetisk viktige hendelser (slik som orket å ta på seg yttertøy)? Negative fylogenetisk viktige hendelser minker jo som kjent atferden de korrelerer med. Et utstrakt handlingsmønster (f.eks. av å gå tur regelmessig, ikke drikke alkohol for ofte, skrive takknemlighetsdagbok over tid, meditere over tid) er sammensatt av de enkelte valgene (hver gang jeg går tur, ikke drikker, skriver i dagboken, mediterer). Hvordan skal et utstrakt handlingsmønster dannes hvis det må være etablert før de positive konsekvensene / fylogenetisk viktige hendelser gradvis inntreffer? Tradisjonell atferdspsykologi kan ikke svare på disse spørsmålene, men analogien mellom naturlig og ontogenetisk seleksjon åpner opp for et nytt perspektiv som kan forklare hvordan komplekse handlingsmønstre slik som vaner som er utslagsgivende for vår psykososiale helse, kan dannes på lik linje med hvordan evolusjonen kan ha skapt noe så komplekst som våre øyne (Rachlin, 2019).

I fylogenetisk evolusjon kan grupper av samarbeidende organismer bli selektert over grupper av ikke-samarbeidende organismer under visse betingelser, til og med når samarbeid innebærer ulemper for enkeltpersoner. Analogt kan handlingsmønstre selekteres i ontogenetisk evolusjon selv når hver enkelt handling i mønsteret medfører ulemper. Til tross for at det debatteres blant

biologer om betingelsene for gruppeleksjon er oppfylt i naturlig seleksjon, argumenteres det her (og i Rachlin, 2014, 2019, Simon, 2016) for at de er det i ontogenetisk seleksjon av atferd.

Spørsmålet er om atferdsmønstre utvidet i tid kan utvikle seg som sådan, eller om de må konstrueres som kjeder av flere grunnleggende responser. Én tur, det å en gang ringe en venn, ett avkall på én drink leder ikke til (store) positive fylogenetisk viktige hendelser slik som bedre helse, bedre jobbprestasjon, bedre sosiale relasjoner, hverken umiddelbart eller senere. Det å gå én enkelt tur kan i det minste lede til positive naturopplevelser, koselige møter med andre eller en «god følelse av å ha beveget kroppen», men det er ikke tilfellet for alle enkeltforekomster av det som kan danne en «god vane». Det å ringe en venn eller å skrive i takknemlighetsdagboken kan også føre til ganske umiddelbare positive fylogenetisk viktige hendelser, men det er som regel ingen positive fylogenetisk viktige hendelser for å takke nei til en enkelt drink, sigarett, et usunt måltid eller for å gjennomføre en enkeltstående meditasjonsøkt. Det motsatte er tilfellet. Det er disse eksemplene som er del av prosessen av å danne «gode» vaner, som ser ut til å stå i strid med tradisjonell atferdsanalyse, og som analogien til gruppeleksjonen likevel kan integrere i rammeverket. Hva opprettholder da gode vaner slik som måtelig/ingen drikking eller røyking, regelmessig meditasjon eller valg av sunn kost? Over tid er meditasjon eller måtelig/ingen drikking i seg selv mer verdifullt enn for mye drikking (røyk / usunn kost) og ingen meditasjonsvane. Hvordan holder et slikt atferdsmønster av gode vaner sammen og *kan* motstå mot å bli brutt opp av fristelser?

Vi vet at fylogenetisk viktige hendelser kan virke direkte på utstrakte handlingsmønstre uten at det er nødvendig å bygge opp kjeder fra individuelle handlinger, hver etterfulgt av sin positiv fylogenetisk viktig hendelse (Rachlin, 1995). Det er vanlig at vi opprettholder verdifulle mønstre istedenfor å ta avgjørelser i hver enkel situasjon som utgjør disse mønstrene. Vi stanser ved røde trafikklys istedenfor å evaluere hvor sannsynlig det er at vi havner i en ulykke, eller blir tatt av politiet hvis vi kjører på rødt. Vi betaler for varene i butikken istedenfor å evaluere fra situasjon til situasjon hvor sannsynlig det er å bli tatt hvis vi ikke gjør det. Det er lurt å ikke vurdere fra en sosial situasjon til annen, men å følge et mønster vi har lært oss, fordi vi har en tendens til å overvurdere verdien av en enkelt umiddelbar fylogenetisk viktig hendelse (slik som et stjålet gode) i forhold til verdien av mønstre av atferd spredt ut i tid (slik som «gode» vaner).

Analogien mellom gruppeleksjon i fylogenetisk og i ontogenetisk evolusjon åpner opp for at lengre og mye mer komplekse mønstre – de som utgjør vaner – kan utvikle seg fra enklere mønstre gjennom en persons levetid, og ikke ble skapt av en intern logikkmechanisme som overviner en annen indre kraft (Loewenstein, 1996).

Konklusjon

For å svare på hvordan psykososial helse og uhelse oppstår, og hvordan vi kan lete etter løsninger for å bedre den psykososiale helsen, introduserte vi i dette kapitlet et evolusjonært perspektiv. Det å lete etter hva som kan hjelpe mennesket, krever blant annet grunnforskning for å avdekke og utforske nye grunnleggende sammenhenger mellom atferd og fylogenetisk viktige hendelser – det vi tenker på som læring. Grunnforskningens årsaksforklaringer gjør det mulig å forstå påvirkningsmuligheter som anvendt forskning er opptatt av. Den anvendte forskningens ansvar er å undersøke hvordan disse mekanismene kan anvendes i en som regel mer kompleks og mindre kontrollert kontekst. Årsaksforklaringene som atferdspsykologien tilbyr som en del av det aktuelle evolusjonære perspektivet, har vist å egne seg til å utvikle bærekraftige måter å påvirke vår psykososial helse på (Cooper, Heron, Heward, 2020). En påvirkning, eller et tiltak, er bærekraftig hvis den målbart endrer noe varig i ønsket retning gjennom overkommelig innsats.

Det evolusjonære perspektivet presentert i dette kapitlet er et tverrfaglig perspektiv som har sine røtter i atferdsanalysen og evolusjonsbiologien. Selv om flere aspekter av analogien mellom naturlig og ontogenetisk seleksjon har blitt kritisert (f.eks. Tonneau & Sokolowski, 2000), så har vi i dette kapitlet forklart aspekter som kan være nyttige. Det evolusjonære perspektivet trekker inn en fysisk og en psykisk helsedimensjon gjennom å forklare hvordan uhelse kan oppstå både av genetiske årsaker og hendelser i ontogenesen, samt deres interaksjon. De fleste metoder brukt i atferdsanalysen bygger på en analyse av konsekvenser av atferd og lar seg gjennom dette enkelt forstå fra et evolusjonært perspektiv. Foranledningene for atferd og konsekvensene som følger etter, er hendelser som faller inn under begrepet fylogenetisk viktige hendelser

i det evolusjonære perspektivet. Psykososial helse kan påvirkes av tilgangen til fylogenetisk viktige hendelser slik som mat, husly og sosial kontakt. Mange utfordringer med fysisk og psykisk uhelse kan reduseres gjennom å redusere mismatchen med miljøets struktur og individets handlingsmuligheter gjennom å tilrettelegge miljøet.

En sosial dimensjon knyttet til helse er per definisjon sentral i de fleste problemstillingene innen psykososial helse. Grunnet de evolusjonære konsekvensene av sosial utestengelse er gode sosiale samspill livsnødvendig for vår trivsel. Selv om vår overlevelse som voksne i dag er mindre avhengig av gode omsorgspersoner enn det var som barn, så varer betydningen av trygge medmennesker som vi har lært oss i barndommen, livet ut.

For å sammenfatte: Fylogenetisk evolusjon har formet mekanismen for ontogenetisk evolusjon av atferd. Selv om grunnforskningsperspektivet presentert her ikke kan fortelle oss i hvilken retning en påvirkning av det vi gjør, bør ønskes, så kan det forklare hvordan egne og andres handlingsmønstre – og med disse vår psykososiale helse – kan endres i løpet av et individs liv. Ofte virker disse to evolusjonsprosessene sammen, men i en del tilfeller i vårt moderne samfunn jobber de mot hverandre. Det er dette mange betegner som (mangel på) selvkontroll. Et evolusjonært perspektiv viser videre at en rekke av de fenomenene noen benevner som mangel på selvkontroll, har sine årsaker i interaksjonen mellom nedarvede mekanismer og erfaringer. Det er viktig å anerkjenne begge seleksjonsprosessene når en skal hjelpe seg selv eller andre til å få bedre psykososial helse.

Et evolusjonært perspektiv på psykososial helse tar fra enkeltindividet eneansvaret (og med dette skylden) for livssituasjonen sin. Årsakene til hvorfor vi har det som vi har det, ligger i et genetisk utgangspunkt i samspill med personens erfarte liv. Ens erfarte liv inkluderer også ens sosio-politiske, kulturelle og dels historiske kontekst. Det evolusjonære perspektivet presentert her er et bidrag til en helhetlig forståelse av mennesket som tar inn over seg kompleksiteten i hva som har ledet til hvordan mennesket har det her og nå.

Referanser

- Baum, W. M. (2012). Rethinking reinforcement: Allocation, induction, and contingency. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 97(1), 101–124. <https://doi.org/10.1901/jeab.2012.97-101>
- Borgstede, M. & Eggert, F. (2021). The formal foundation of an evolutionary theory of reinforcement. *Behavioural Processes*, 186, 104370.
- Borgstede, M. & Luque, V. J. (2021). The covariance-based law of effect: A fundamental principle of behavior. *Behavior and Philosophy*, 49, 63–81.
- Borgstede, M. & Simon, C. (2024). Lernen und Evolution: Die Selektion von Verhalten auf Individual- und Populationsebene. I *Evolutionäre Sozialwissenschaften: Ein Rundgang* (s. 175–189). Springer. <https://doi.org/10.31234/osf.io/mvvpb5>
- Bouchard Jr, T. J. (2004). Genetic influence on human psychological traits: A survey. *Current Directions in Psychological Science*, 13(4), 148–151.
- Bracha, H. S. (2006). Human brain evolution and the “Neuroevolutionary Time-depth Principle”: Implications for the reclassification of fear-circuitry-related traits in DSM-V and for studying resilience to warzone-related posttraumatic stress disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(5), 827–853.
- Bøe, T. D., Kristoffersen, K., Lidbom, P. A., Lindvig, G. R., Seikkula, J., Ulland, D. & Zachariassen, K. (2015). ‘Through speaking, he finds himself... a bit’: Dialogues open for moving and living through inviting attentiveness, expressive vitality and new meaning. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36(1), 167–187.
- Cooper, J. O., Heron, T. E. & Heward, W. L. (2020). *Applied behavior analysis*. Pearson UK.
- Dick, D. M. (2011). Gene-environment interaction in psychological traits and disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 383–409.
- Greer, R. D. & Keohane, D. D. (2005). The evolution of verbal behavior in children. *Behavioral Development Bulletin*, 12(1), 31.
- Hanley, G. P., Iwata, B. A. & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 147–185.
- Holden, B. (2013). *Miljøbehandling: En atferdsanalytisk tilnærming*. Gyldendal Akademisk.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E. & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 197–209.
- Loewenstein, G. (1996). Out of control: Visceral influences on behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 65(3), 272–292. <https://doi.org/10.1006/obhd.1996.0028>
- Murgatroyd, C. & Spengler, D. (2012). Genetic variation in the epigenetic machinery and mental health. *Current Psychiatry Reports*, 14(2), 138–149. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0255-1>
- Power, M. L. & Schulkin, J. (2013). *The evolution of obesity*. JHU Press.
- Rachlin, H. (2014). *The escape of the mind*. Oxford University Press.
- Rachlin, H. (2019). Group selection in behavioral evolution. *Behavioural Processes*, 161, 65–72.
- Robinson, G. E., Fernald, R. D. & Clayton, D. F. (2008). Genes and social behavior. *Science*, 322(5903), 896–900.

- Santos, L. R. (2023). *The science of well-being*. Coursera. <https://www.coursera.org/learn/the-science-of-well-being>
- Simon, C. (2016). Cultural group selection in the light of the selection of extended behavioral patterns. *Behavioral and Brain Sciences*, 39.
- Simon, C. & Hesse, D. O. (2019). Selection as a domain-general evolutionary process. *Behavioural Processes*, 161, 3–16. <https://www.journals.elsevier.com/behavioural-processes>
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213(4507), 501–504. <https://doi.org/10.1126/science.7244649>
- Svartdal, F. (2022). Psykososial. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/psykososial>
- Thorndike, E. L. (1900). The associative processes in animals. *Biological Lectures from the Marine Biological Laboratory of Woods Hole*, 69–91.
- Tonneau, F. & Sokolowski, M. B. (2000). Pitfalls of behavioral selectionism. I *Perspectives in Ethology* (s. 155–180). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1221-9_6
- Viken, K. (2018). *Atferdsanalytisk miljøbehandling*. Gyldendal.
- Yaden, D. B., Claydon, J., Bathgate, M., Platt, B. & Santos, L. R. (2021). Teaching well-being at scale: An intervention study. *PLoS ONE*, 16(4), e0249193.

Seip, H. M. T. & Ulland, D. (2025). Meninga med livet – hvor blir den av?
I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse*
(s. 75–92). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550204>

Kapittel 4

Meninga med livet – hvor blir den av?

Hildegunn M. T. Seip og Dagfin Ulland¹

¹ Seip og Ulland har bidratt like mye til denne artikkelen (delt førsteforfatterskap).

«Hva er vitsen med dette?» Slik uttrykte en ung jente seg da helsepersonell måtte sondefore henne for å redde livet. Etterpå hadde personalet ulike oppfatninger av hva hun mente. Noen tenkte det var selve behandlingen hun protesterte mot, fordi det var ubehagelig å bli matet med sonde. Andre trodde hun helst bare ville dø, og ikke ville ha hjelp. At det ikke ga mening å leve. I ettertid hadde ikke personalet spurt jenta selv. En kan spørre seg: Var det en protest mot tvangsforing, eller uttrykk for en eksistensiell krise? I så fall: Hadde personalet nok trygghet og kompetanse til å møte jentas eksistensielle spørsmål?

Eksemplet er fra en akutt situasjon, der det kan stå om livet dersom jenta ikke får tilført næring. Helsearbeidere er forpliktet til å berge liv og vil i en slik situasjon først være opptatt av det medisinske. Samtidig må en ikke utelukke den sterke appellen i jentas utsagn: et fortvilet rop fra et menneske i nød om å bli forstått. Den akutte medisinske hjelpen er nødvendig, men er det nok? Hvordan blir jentas spørsmål fulgt opp i ettertid? Gir vi rom for samtaler om «hva som er vitsen» – for eksistensielle spørsmål om liv og død?

Nå er mange situasjoner innenfor psykososial helse mindre dramatiske, men eksemplet viser at helsearbeidere står overfor flere mulige forståelsesmodeller. I mange av psykologiens forståelsesmodeller har det eksistensielle og kulturelle fått lite oppmerksomhet, særlig i det medisinske paradigmet som lenge har dominert. Den biopsykososiale modellen utvider bildet noe, men også der har flere funnet det nødvendig å framheve at den eksistensielle dimensjonen bør inkluderes i det biopsykososiale (Austad et al., 2020; la Cour, 2022).

Kontekstuelle tilnærminger som den økologiske modellen viser så å si menneskets økosystem, og hvordan vi utvikler oss innvevd i relasjoner på ulike systemnivåer (Bronfenbrenner, 1979; Seip, 2020a). Meningsdannelsen hos det enkelte mennesket skjer i dette samspillet, fra nære relasjoner, hverdagsarenaer og lokalsamfunn til kultur og ideologi og religion på makronivået, og relasjonen til naturen på økonivået.

Psykososial helse handler om den enkeltes opplevelse av å være i verden sammen med andre. Å inkludere hvordan tilværelsen gir mening for den det gjelder, utvider forståelsen. Hensikten med dette kapitlet er å peke på betyd-

ningen av at helsearbeidere forstår og arbeider med eksistensielle og kulturelle temaer. Problemstillingen vi vil svare på, er hvorfor og hvordan eksistens og kultur kan være viktige og helsefremmende temaer i psykososialt arbeid. Hvordan vi tenker om disse temaene blir avgjørende for om vi gir dem rom i møte med andre.

Hva mener vi med eksistens og kultur?

Vi velger det eksistensielle og kulturelle fordi disse begrepene er mer åpne og inkluderende enn livssyn eller det religiøse og spirituelle. Dette er omfattende temaer med noe overlapp. Vi anser *mening* som et bindeledd mellom «eksistens» og «kultur».

Det eksistensielle kan forstås som et paraplybegrep som favner både det åndelige, det religiøse, livssyn og ulike filosofiske og ideologiske livsbetraktninger. Som livssynsbegrepet dekker det både det sekulære og det religiøse. Da dreier det seg om noe fellesmenneskelig, om åndelige behov eller lengsel i vid forstand, og hvordan vi mennesker forholder oss til våre grunnleggende livsvilkår og sårbarhet (DeMarinis, 2008; Rykkje & Austad, 2020). Å finne og skape mening er et sentralt eksistensielt spørsmål (Austad et al., 2020).

Kultur er et tilsynelatende enkelt, men likevel komplisert begrep. Det tar for seg kraftfelt og uttrykksformer som kan prege mennesker som deler erfaringsbakgrunn, tilknytning til samme sosiale miljø eller geografiske område. Dette er krevende å gripe uten å havne i forenklinger og stereotyper (Dahl, 2013). Nyere faglig debatt understreker at kultur er dynamisk, ikke en ferdig pakke man har med seg, og det kan ikke reduseres til landet man kommer fra. Vi forstår her kultur som måter å forholde seg til verden, andre og seg selv på, innenfor repertoarer som utvikles i samspill med andre gjennom livsløpet (Seip, 2020b). Kulturelle tolkningsrammer oppstår sosialt, og former hva som gir mening for oss (Jansen & Andenæs, 2019).

Mening som fellesmenneskelig drivkraft

Mennesket er et kronisk meningsskapende vesen. Gjennom livet tilskriver vi verden mening ustanselig, idet vi tolker, kommuniserer og setter ting i sammenheng. *Mening* handler om hvordan noe inngår i en større sammenheng og peker utover seg selv. Denne selvtranscendensen kan være både *vertikal*, knyttet til en høyere kraft eller orden, eller *horisontal*, i form av sosialt ansvar og engasjement for verden. Ved siden av selvtranscendens er sentrale kilder til mening selvrealisering, orden, trivsel og relasjoner (Schnell, 2020).

Meningsbærende tilstander oppstår når vi opplever at en situasjon samsvarer med våre genuine mål og verdier (Gabrielsen & Watten, 2009). Men det skjer ikke bare når livet smiler og alt er på plass. Viktor Frankl kom rett fra andre verdenskrigs konsentrasjonsleirer da han satte mening på dagsordenen (Esdaile et al., 2021; Frankl, 2014 [1969]). Selv midt i grusomheter kan mennesker finne mening, som hjelper dem gjennom lidelsen.

Da er mening noe som ikke fjerner, men heller kan romme uro og ubehag, livssmerte og paradokser (Binder, 2022; Esdaile et al., 2021). Mens mening *med* livet handler om større svar på en eksistensiell søken om hvordan egen livsutførelse inngår i noe utenfor seg selv, kan vi også snakke om mening *i* livet i mindre skala, om hendelser og øyeblikk oppleves som meningsfylte eller meningsløse (Gabrielsen & Ulland, 2015). Disse meningsøyeblikkene oppstår ofte i nære relasjoner, arbeid, religion eller skapende virksomhet. Hva som gir mening, kan være høyst personlig, og formes samtidig av kulturell og religiøs kontekst.

Eksistensiell mening

Tankerekken så langt skisserer vår fellesmenneskelige søken etter mening. Denne fyller vi med ulikt innhold, noen gjennom religiøse fortolkninger, som å forstå noe man må gjennom som Guds vilje, eller søke nærvær i lidelsen. Andre kan tillegge utfordringer mening ved å ramme dem inn som kamp for noe større, eller de søker ut i naturen for å føle tilhørighet. I den enkeltes eksistensielle rammer for mening ligger ressurser helse- og sosialarbeidere gjør klokt i å ikke overse (Haug et al., 2016; Ulland & DeMarinis, 2014).

Det eksistensielle forstått som det som berører menneskets grunnleggende livsvilkår, bringer oss over i eksistensiell psykologi og filosofi, som utforsker hvordan mennesker møter sin egen dødelighet og sårbarhet. Sykdom og lidelse konfronterer oss med de store livsspørsmålene. Den eksistensielle psykologien oppsummerer disse i fire endelige vilkår ingen av oss kommer unna: døden, friheten, eksistensiell isolasjon og meningsløshet (Yalom, 2011). Kropp og fysisk væren kan tilføyes som et femte vilkår, hvor vi står i relasjon til naturen (Binder, 2020; Slåttå & Madsen, 2014).

I vår tid aktualiseres livsvilkårene også i møte med klimakrise og naturtap (Engedal, 2021; Slåttå & Madsen, 2014). Økopsykologien understreker vår avhengighet av naturen som en grunnleggende livsbetingelse (Slåttå & Madsen, 2014). Naturrelasjonen kan gi uro og økosorg, idet mange sørger over ødelagt miljø og truet framtid (Vetlesen & Henriksen, 2022). Dette uttrykkes også i terapirommet. Vi låner en liten fortelling fra Slåttå (2022):

For ti år siden møtte jeg ei jente i tenårene som var akuttinnlagt etter et alvorlig selvmordsforsøk. Jeg var sommervikar på en døgnavdeling, og ble spurt om å ta en prat med henne fordi hun ville møte noen yngre enn de faste miljøterapeutene. Vendt mot vinduet på rommet sitt strømmet ordene hennes omtrent slik: «Hva er meninga med at jeg skal være her? Jeg har jo allerede tatt for mye. Hver kalori jeg spiser, ødelegger. Jeg er en jævla drittunge i oljelandet!»

Ordene og kraften i stemmen traff meg. Siden da har jeg søkt etter en samtale blant psykologer som tar på alvor kompleksiteten i dette møtet – hennes livshistorie og tilstand, det relasjonelle sprengstoffet, men også vår felles historie preget av en reell økologisk krise, forårsaket av et kollektivt overforbruk i vår del av verden (Slåttå, 2022, s. 721).

Det dirrer et behov her for å møte jenta ikke bare som enkeltstående individ, men som innvevd i en økologisk sammenheng med andre levende vesener – i det store sam-livet. Når vi skal være der for mennesker som opplever det som tungt å bære at balansen i naturen er sterkt truet: Hvordan snakke sant om det, samtidig som vi håndterer egen uro og medansvar?

Kulturell mening

Parallelt med dette forstås mennesker best i sine *kulturelle* økosystemer. I psykososialt helsearbeid trenger vi både å se etter hva som gir mening for den man vil hjelpe, og å prøve å få øye på vår egen horisont. Vi lar Nadia fortelle fra sin krysskulturelle oppvekst, der hun har pendlet mellom ulike kulturelle repertoarer:

«Da jeg først kom til Norge, måtte jeg lære alt på nytt. Jeg ble dum- mest i klassen.»

Nadia kom fra et krigsrammet afrikansk land med familien sin. Det var krevende å være ny i Norge. Det flerkulturelle musikk- prosjektet Fargespill ble et viktig fristed:

«Jeg trengte ikke å kunne perfekt norsk for å være med, eller være helt norsk heller. Jeg kunne bare være meg selv, og ha det gøy med andre som heller ikke kunne helt norsk. Så jeg måtte ikke bruke så mye energi på å forklare meg.»

Samtidig slet hun med krysspress mellom forventningene hjemme- fra og fra storsamfunnet. Var det greit å synge og danse sammen med gutter? Ha på hijaben eller ta den av? Lærerne ble bekymret for Nadia, og viste henne videre til psykolog.

«Skolepsykologen hjalp litt, liksom – fra åtte til fire. Men så kom jeg hjem, og så var det vanskelig igjen. Jeg fikk ikke sove om nettene, og kom meg ikke opp om morgenen.» Dette gikk ut over skolegangen, og Nadia droppet ut.

«Jeg så ikke, liksom, hva er vitsen med å leve? Egentlig? Hvorfor er jeg her? Jeg prøvde til og med å ta livet mitt, jeg bare orket ikke mer. Men nå sier jeg takk og lov for at jeg ikke klarte det. Jeg er glad jeg ikke er død.»

Selv når hun ikke orket skolen, dro Nadia på øvelsene i Fargespill.

«Det vanskeligste var å komme meg opp av senga. Men når jeg var der, lot de meg ikke bare fortsette å være trist. Klemmene de ga meg betydde enormt mye. Der kunne jeg glemme problemene mine, sånn avkobling. To timer der jeg ikke var unorsk. Der kunne jeg være den glade jenta jeg egentlig er, og synge og danse med de andre.»

Det støttende fellesskapet i Fargespill ga Nadia bevegelsesfriheten til å gå både med og uten hijab. Hun møter morens motstand med en annen trygghet nå:

«Jeg har et godt forhold mellom meg og Gud, jeg bare forstår det på en annen måte. Og jeg vet hva Koranen sier også, at når du er 15 år, kan du bestemme selv. Nå kan jeg balansere begge kulturene, med et bein i hver. Vise respekt for voksne, som i hjemlandet mitt, men likevel si hva jeg mener, som vi gjør i Norge. Når man ikke er der man pleide å bo lenger, er det viktig å ikke glemme kulturen sin, men få dele den med andre. Det binder oss sammen, fra ulike kulturer og land.» (fra Schuff, 2018).

For Nadia ble det belastende da det som ga mening hjemme, ikke stemte med det som ga mening i den norske majoritetskulturen. Det var en lang prosess å finne sin egen stemme og kunne navigere trygt i kulturene hun er en del av. Her var det ikke individuell terapi som betydde mest, men et støttende miljø med andre krysskulturelle unge og trygge voksne. Å vokse opp krysskulturelt gir et bredere repertoar av meningsressurser å spille på, samtidig som sosiale strukturer og forventninger kan gjøre handlingsrommet trangt. Da kan et støttende psykososialt miljø utgjøre forskjellen for god utvikling og helse (Schuff, 2018; Seip, 2020b).

Nadias historie viser at kultur er bevegelig. Men ofte bruker vi kultur som kategori, for å orientere oss sosialt. Å kategorisere noen som «flerkulturelle» eller en minoritet kan anerkjenne, men også oppleves ekskluderende (Salole, 2018). Det trekker opp grenser mellom «innenfor» og «utenfor», og definisjonsmakten er ulikt fordelt mellom majoritet og minoritet. Også i hjelpearbeid gjør grensene og maktubalansen seg gjeldende. Det må vi huske for å kunne møte andre med åpenhet, ikke bare for deres personlige fortelling, men også for maktstrukturene og livsvilkårene fortellingen er innvevd i (FIP, 2021).

Eksistens, mening og helse

Mening kan være helsebringende, noe Antonovsky beskriver som *salutogenese*. Teorien utdyper hvordan det å oppleve livet som meningsfylt og sammenhengende kan gi retning og styrke helsen (Antonovsky, 1987; Eriksson & Lindström, 2006). Antonovsky fant at de som klarte seg best gjennom påkjenninger, var mennesker med en sterk *opplevelse av sammenheng*, som opplevde tilværelsen som håndterbar, forståelig og meningsfull. En ny studie syntetiserer ni artikler fra 2019 til 2022 om hvordan mennesker med psykiske helseproblemer erfarer åndelighet som en ressurs, i form av lengsel etter tilhørighet, behov for vitale relasjoner og søken etter mening (Holm et al., 2023). Studier viser at mennesker som opplever høy grad av mening har bedre helse og færre symptomer på depresjon og angst (Holmen et al., 2016; Schnell, 2020). Omvendt kan eksistensielle konflikter og belastende religiøsitet gi uhelse (Pargament et al., 1998; Stålsett, 2006).

Betydningen av kulturelle og eksistensielle ressurser for menneskers helse kan med fordel utvide helsebegrepet, også innenfor psykososialt arbeid. *Eksistensiell helse* kan forstås som «å leve et håpefullt liv på tross av iboende tragedier og de spenninger det byr på» (Esdaile et al., 2021). Både å håndtere meningsløshet og å utvikle og opprettholde mening er sentralt i vår eksistensielle helse (DeMarinis, 2008). Vi har en iboende sårbarhet i vårt liv som kropp, og som del av naturen (Binder, 2022). Disse sidene ved livet tar vi ofte som en selvfølge, til de utfordres enten av sykdom og livskriser, når den økologiske krisen blir merkbar, eller når hverdagslivets rutiner brytes, eksempelvis av en pandemi. Det kan skape angst og ubehag, smerte og utrygghet. Denne livssmerten kan berøre vårt forhold til mening, sårbarhet, ensomhet, død, frihet, ansvar, skyld og tilhørighet, men den er ikke nødvendigvis patologisk (Esdaile et al., 2021). Da er det viktig å kunne reflektere over eksistensielle grunnanliggender.

For DeMarinis (2008) er det eksistensielle nært knyttet til å delta i meningsskapende systemer, inkludert religiøse og ikke-religiøse livssyn, med sine symboler og ritualer. Hun spør om flere slike meningsdannende strukturer kan ha gått tapt i sekulariserte samfunn, i den grad at det faktisk kan gå ut over folkehelsen.

Betydning for utdanning og praksis

Vi anser det som et overordnet mål at psykososialt helsearbeid har et helhetlig menneskesyn. Helse- og sosialarbeidere er etisk forpliktet til å møte menneskers eksistensielle og kulturelle anliggender med respekt (Koslander et al., 2009). Norske helsemyndigheter har klare forventninger til at helse- og sosialarbeidere skal kunne forstå og arbeide med menneskers eksistensielle utfordringer (Helsedepartementet, 2018; Helsedirektoratet, 2018). Studenter og fagfolk innenfor helse- og sosialfag skal kunne tilby likeverdige tjenester til hele befolkningen i sitt mangfold. De må derfor inkludere og ikke-diskriminere uavhengig av blant annet etnisitet, religion og livssyn, slår *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger* fast (Regjeringen, 2017). For å evne det trengs en basiskompetanse om eksistensielle og kulturelle temaer.

Det går igjen i nyere undersøkelser at helse- og sosialarbeidere mangler kunnskap og trygghet rundt eksistensielle og kulturelle spørsmål i møte med mennesker som strever med livene sine. Derfor blir de tilbakeholdne og utrygge i disse møtene (Medås et al., 2017). Studier viser også at helse- og sosialarbeidere etterlyser rom for å tematisere eksistensielle spørsmål i behandling, videreutdanning og veiledning, og studenter ønsker mer undervisning om dette enn de får (Mandelkow & Reme, 2022; Ulland & DeMarinis, 2014). Mange terapeuter mangler språk for det eksistensielle. Flere omtaler «det» eller «livet» som viktig å snakke med pasienter om, uten å utdype det nærmere (Borge & Mæland, 2017; Holmberg et al., 2017). Denne utryggheten kan også henge sammen med terapeutenes egen posisjon. Studier viser at det er stor avstand mellom pasienter og helsearbeidere når det gjelder betydningen av spiritualitet (Milner et al., 2020). En studie viser at psykologer er mindre religiøse enn andre faggrupper, og nøler med å adressere religiøse og andre eksistensielle temaer aktivt i terapi (Mandelkow et al., 2021).

Også kulturforskjeller kan gjøre helsearbeidere usikre, så situasjonen møtes med nøling eller taushet. Dette kan skape et savn hos brukerne. Flere studier viser dette: Kvinner med innvandrerbakgrunn opplevde at helsepersonell hadde liten forståelse for deres kulturforankring (Bergsli & Hellne-Halvorsen, 2020). Tilsvarende savnet enslige mindreårige flyktninger i bofellesskap dypere samtaler om tro og livssyn med de ansatte der, og bedre tilrettelegging for å få praktisere troen og mestringsressursene den tilbyr (Løvslund, 2020).

Som alle andre kan den profesjonelle selv streve med å finne avklarte svar på eksistensielle spørsmål. Men ofte er det ikke svarene som trengs, heller trygghet til å dele spørsmål og undring. God grunnleggende forståelse av eksistens og kultur gjør dette lettere.

Det eksistensielle og kulturelle er fellesmenneskelig

Prester, imamer og andre religiøse ledere har kompetanse på sin egen tradisjon, og en spesifikk rolle som representanter for religiøse institusjoner. Det gir mening å tilkalle dem når det trengs ritualer, bønn eller lengre religiøse samtaler. Men det er få av dem i helsevesenet. Men hvis man forstår det eksistensielle og det kulturelle som smale, kompliserte spesialområder som f.eks. sykehusprester, imamer, eller noen med minoritetstilhørighet må ta seg av, blir det fort til at temaene unngås av helse- og sosialarbeidere flest. Tenker vi mer allment om tematikken, kan helsearbeidere bruke seg selv i sin praksis, og ikke nødvendigvis måtte tilkalle spesialister. En integrert kultur- og verdisensitiv tilnærming gjør dette mulig.

Med en forståelse av det eksistensielle som fellesmenneskelig blir det viktig for alle helse- og sosialarbeidere å kunne gå inn i samtaler om de store livsspørsmålene og våge å møte hele mennesket (Rykkje & Austad, 2020). De aller fleste samtaler om lidelse, mening og håp må skje med helt «vanlig» helsepersonell, om de skal finne sted.

Mangfoldige meningsressurser

Både i eget liv og hjelperollen trengs det en *eksistensiell beredskap* – et sett ressurser å møte livet og døden med (Gylver, 2022). Nøyaktig hva ressursene består i, som gir hver enkelt av oss motstandskraft og drivkraft, må vi selv aktivt fylle med innhold. Men å ha reflektert over meningsbærende spørsmål før livskrisene inntreffer, og før vi skal stå sammen med andre i krise som profesjonelle hjelpere, styrker beredskapen.

Også hos den vi skal hjelpe, gir det mening å se etter slik beredskap eller resiliens. *Kulturell resiliens* handler hos Øverland (2014) om motstandskraften hun fant hos kambodsjanske flyktninger. Resiliensen lå i deres konsistente verdensbilde, med forståelser og ritualer som ga mening også gjennom store prøvelser. De kunne håndtere det de gjennomlevde, ved å holde fast på moralske overbevisninger om rett og galt, buddhistisk visdom om lidelse, samhold og begravelsseremonier. Den beste måten å få tak i noens kulturelle resiliens på er å spørre om og lytte til hvordan de skaper mening i sine liv (Øverland, 2014).

Dette minner om *kultursensitiv praksis* i psykososialt helsearbeid, en lyttende og systematisk framgangsmåte for å forstå hvordan mennesker møter kriser i sin egen kontekst, med kulturelt formede mestringsstrategier (Qureshi, 2005). Samtidig som man skal være våken og følsom for kultur, hører det med å sortere mellom det kulturspesifikke, det allmenne og det unike. *Alt* skyldes ikke kultur – kulturelle forklaringer kan både overdrives og overforenkles. Det kalles kulturalisering når vi forholder oss til noe/noen ut fra en altfor generalisert forståelse av kultur (Qureshi, 2005; Ylvisaker et al., 2017). Det kan være å forvente at «alle latinamerikanere», «alle svensker» eller «alle muslimer» tenker og tolker på bestemte måter – uten å undersøke om det faktisk er tilfellet for den man møter. Det kan føre til feilslutninger hos terapeuter som tolker symptomer på psykiske lidelser som en form for kulturell atferd, som er «vanlig» i gruppen, og dermed unndras behandling.

Den motsatte feilslutningen er at alt er individuelt. Og kanskje den vanligste er å vurdere opp mot en «normal» som i realiteten er majoritetens perspektiv. Å være våken for egen maktposisjon og definisjonsmakt er en konstant øvelse for hjelpere.

Det vi lærer av møter med mennesker i ulike kulturkontekster, kan med fordel utvides til et *interseksjonelt* perspektiv. For vår posisjon i samfunnet er et produkt av mange kryssende kategoriseringer: kjønn, alder, etnisitet, klasse, religion, legning, arbeidsstatus og mye mer. Krysningspunktene mellom disse tilhørighetene former hvordan det er å være oss i verden, og påvirker helse og helseulikheter (Collins & Bilge, 2016; Kapilashrami & Hankivsky, 2018).

Siden det handler om mange slags mangfold, kan vi gå videre fra kultursensitivitet til *mangfoldsydmykhet* (FIP, 2022), en grunnleggende åpenhet for at vi mennesker lever forskjellige liv, som former oss og vårt indre. En mangfoldsydmyk hjelper retter blikket innover og ser hvordan egen bakgrunn

påvirker måten vi møter andre på, hva vi får med oss, og hva vi kan stå i fare for å overse. I dette ligger en erkjennelse av egne begrensninger og vilje til å jobbe med sine fordommer: *Mitt perspektiv er bare ett av mange mulige*. Særlig i maktposisjonen en hjelper har, trengs konstant selvrefleksjon rundt det.

Mange frykter å si noe feil i møte med noen annerledes enn en selv, av uvitenhet eller kanskje verdikonflikt. Hvis vi da begynner med å undersøke hva som gir mening for den andre, kan det åpne en møteplass mellom oss. En mangfoldsdymyk holdning gir rom for den andre, og er derfor en radikalt inkluderende måte å møte mennesker på.

Verktøy i det psykososiale helsearbeidet

Når det psykososiale helsearbeidet skal ta høyde for det som gir mening for andre, blir dialog nødvendig. Den kontekstuelle helseforståelsen vi beskriver, innbyr til dialogiske praksiser, siden ingen kan definere mening for hverandre på forhånd (Seikkula & Arnkil, 2013). Feltet vil tjene på å la dialogene romme også det eksistensielle, som tro, livssyn og kultur, sårbarhet og frihet, ensomhet og fellesskap.

Som nevnt kan vi bruke oss selv i slik praksis. Det finnes også konkrete verktøy for å ta med kulturelle og eksistensielle dimensjoner i psykososialt arbeid. Her anbefaler vi et knippe:

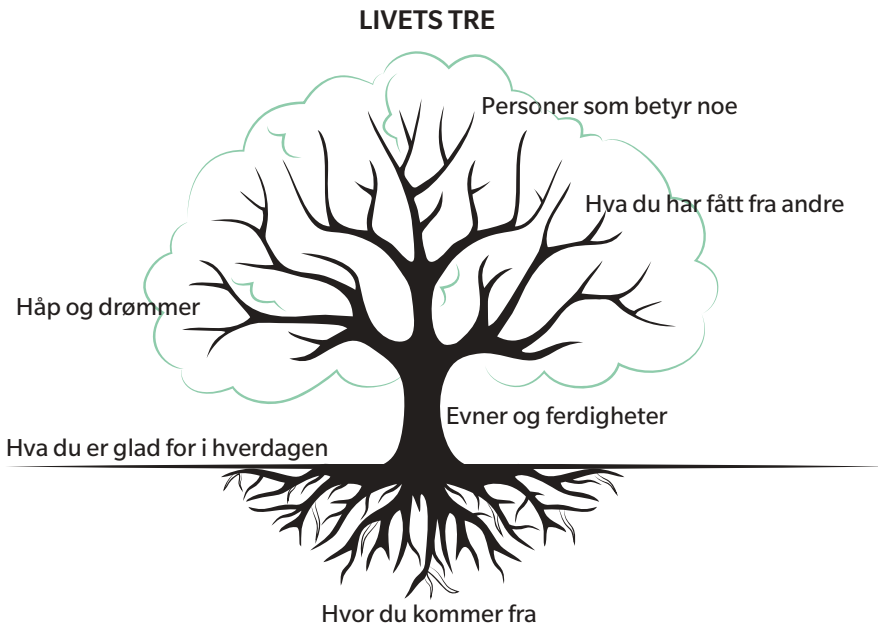
- *Kulturformuleringsintervjuet* er et samtaleverktøy som gir tilgang til hvordan personen selv forstår egne utfordringer og ressurser (NAKMI & ROP, 2015), i klinisk sammenheng knyttet til DSM-5 (Folkehelseinstituttet, 2015). Intervjuet inneholder konkrete spørsmål bl.a. om bakgrunn, forståelsesrammer, religion og mestringsstrategier, eksempelvis:

Hvordan ville du ha beskrevet problemet for familie, venner eller andre i miljøet ditt? Hva slags hjelp tror du vil være mest nyttig akkurat nå? Er det andre former for hjelp som familien din, venner eller andre mener vil være nyttige for deg i din nåværende situasjon?

- *Livets tre* er et narrativt verktøy utviklet i Sør-Afrika i arbeid med foreldreløse barn, og videreutviklet med enslige mindreårige flyktninger i Norge. Her kan den det gjelder, både tegne og fortelle om egne røtter, håp og drømmer (RVTS, 2016).

Figur 4.1

Livets tre. Basert på RVTS (2016).



- *Kilder til mening* (Sources of Meaning) er en øvelse der personen får velge blant ulike kort med påstander og stikkord om hva som er viktig og gir mening. Disse kan brukes i samtaler, miljøterapi og forskning (la Cour & Schnell, 2016).
- *Kreative aktiviteter* er gode å utforske mening med, gjennom lek, musikk, dans, kunst, skriveøvelser, tegning eller foto. Man kan be den andre vise fram noe som er viktig for dem, som bilder eller gjenstander, eller skape noe sammen (Lehmann & Brinkmann, 2020; Salole, 2018; Seip, 2020b, 2022).

- *Eksistensielle grupper* samler mennesker i en helsesammenheng for å samtale om livsnære temaer, med rom for eksistensiell refleksjon og deltakernes tro og livssyn. Slike grupper har vist seg å styrke opplevelsen av mening og den psykiske helsen (Frøkedal et al., 2022). Gruppemedlemmene kan utfylle gruppelederen med ulike kulturelle, religiøse og eksistensielle perspektiver, siden alle bidrar med hvordan de selv møter utfordringene.

Avsluttende refleksjoner

Med gode verktøy og en styrket bevissthet rundt eksistensielle og kulturelle dimensjoner av den psykososiale helsen kan feltet bevege seg enda mer fra å behandle sykdom til å styrke og bygge helse. For å få til det er det ikke spesialistene vi etterlyser, men en allmenn grunnkompetanse for alle helse- og sosialarbeidere. Du trenger ikke detaljkunnskap om alt som finnes av kulturer og religioner, men åpenhet, ydmykhet og nysgjerrighet overfor mangfoldet – sammen med selvrefleksjon. Håpet er at vi sammen kan løfte fram eksistensielle temaer nok til at flere kan møte dem trygt når det blir viktig. På den måten kan vi åpne noen rom der det som gir mening i livet får bedre kår. For oss er det meningsfull helsefremming.

Hvordan kunne vi da ha svart jenta som ropte «Hva er vitsen med dette?» Kanskje kunne vi ta opp tråden i en rolig stund – erkjenne at meninga med livet er noe vi alle kan gruble på. Og så fortsette der jenta begynte:

Jeg hørte at du spurte hva som er vitsen med dette. Kan vi snakke litt mer om det?

Referanser

- Austad, A., Stifoss-Hanssen, H., Borge, L. & Rykkje, L. (2020). Innledning: Det eksistensielle. I *Eksistensielle begreper i helse- og sosialfaglig praksis*.
- Bergsli, O. & Hellne-Halvorsen, E. B. (2020). Kvinner med innvanderbakgrunn og deres møte med helsearbeidere. *Skandinavisk tidsskrift for yrker og profesjoner i utvikling*, 5(1), 22–45.
- Binder, P.-E. (2020). *En kort innføring til eksistensiell psykologi*. Fagbokforlaget.
- Binder, P.-E. (2022). Suffering a healthy life – On the existential dimension of health. *Frontiers in Psychology*, 13.
- Borge, L. & Mæland, E. (2017). Er det rom for livssynstemaer i dagens psykisk helsearbeid? *Klinisk Sygepleje*, 31(3), 165–177.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Collins, P. H. & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: Innføring i interkulturell kommunikasjon*. Gyldendal Akademisk.
- DeMarinis, V. (2008). The impact of postmodernization on existential health in Sweden: Psychology of religion's function in existential public health analysis. *Archive for the Psychology of Religion*, 30(1), 57–74.
- Engedal, L. G. (2021). Jordens sang og sjelens klage: Sjelesorg og teologi i klimakrisens tid. *Tidsskrift for Sjelesorg*, 41(3–4), 216–231.
- Esdaille, A., Shah, F. & Binder, P.-E. (2021). Eksistensiell helse er blitt et nøkkelbegrep under pandemien. *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2021/01/eksistensiell-helse-er-blitt-et-nokkelbegrep-under-pandemien/>
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Kulturformuleringsintervjuet (CFI), DSM-5 – Et klinisk verktøy i tverrkulturell kommunikasjon*. Hentet 27. januar 2023 fra <https://www.fhi.no/publ/2015/kulturformuleringsintervjuet-cfi-dsm-5/>
- Foreningen for interkulturell psykologi. (2021). Subjektet er ikke alene. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2021/08/subjektet-er-ikke-alene>
- Foreningen for interkulturell psykologi. (2022). Mangfoldsydmykhet (nyhetsbrev 1-2022).
- Frankl, V. E. (2014 [1969]). *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. Penguin.
- Frokedal, H., Stifoss-Hanssen, H., DeMarinis, V., Ruud, T., Visser, A. & Sørensen, T. (2022). Participation in existential groups led by Norwegian healthcare chaplains – Relations to psychological distress, crisis of meaning and meaningfulness. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 32(1), 1–15.
- Gabrielsen, L. E. & Ulland, D. (2015). Mening og meningsdannelse i en kulturell kontekst. I D. Ulland, A. Thorød & E. Ulland (Red.), *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærming*. (s. 82–93). Universitetsforlaget.
- Gabrielsen, L. E. & Watten, R. G. (2009). Meningsbærende tilstander og deres relevans for forståelsen av det gode liv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(8), 731–737.
- Gylver, S. (2022). *Midt i alt som er: En fortelling om kjærlighet, sorg og eksistensiell beredskap*. Kagge Forlag.

- Haug, S. H. K., Danbolt, L. J., Kvigne, K. & DeMarinis, V. (2016). Older people with incurable cancer: Existential meaning-making from a life-span perspective. *Palliative & Supportive Care*, 14(1), 20–32.
- Helsedepartementet. (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017–2018)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonale faglige råd for lindrende behandling*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/kommunikasjon-og-samvalg/ivareta-pasient-og-parorendes-behov-for-samtale-og-informasjon-i-livets-slutfase>
- Holm, C. C., Karlsson, B. E. & Holmberg, Å. (2023). Experiences of spirituality of in- and out-patients in mental health facilities: A thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 1–30. <https://doi.org/10.1080/19349637.2023.2213455>
- Holmberg, Å., Jensen, P. & Ulland, D. (2017). To make room or not to make room: Clients' narratives about exclusion and inclusion of spirituality in family therapy practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 38(1), 15–26.
- Holmen, J., Espnes, G. A., Håpnes, O., Rangul, V., Svebak, S., Sørensen, T. & Theorell, T. (2016). Jakten på helsefremmende faktorer i epidemiologisk forskning: Eksempler fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). *Norsk Epidemiologi*, 26(1–2), 125–137.
- Jansen, A. & Andenæs, A. (Red.). (2019). *Hverdagsliv, barndom og oppvekst: Teoretiske posisjoner og metodiske grep*. Universitetsforlaget.
- Kapilashrami, A. & Hankivsky, O. (2018). Intersectionality and why it matters to global health. *The Lancet*, 391(10140), 2589–2591.
- Koslander, T., Barbosa da Silva, A. & Roxberg, Å. (2009). Existential and spiritual needs in mental health care: An ethical and holistic perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 27(1), 34–42.
- la Cour, P. (2022). Concerning psychological and existential health. I A. Austad & L. J. Danbolt (Red.), *Ta vare. En bok om diakoni, sjelesorg og eksistensiell helse. Festskrift til Hans Stifoss-Hanssen* (s. 15–28). VID.
- la Cour, P. & Schnell, T. (2016). Presentation of the Sources of Meaning Card Method: The SoMeCaM. *Journal of Humanistic Psychology*, 20–42. <https://doi.org/10.1177/0022167816669620>
- Lehmann, O. V. & Brinkmann, S. (2020). Revisiting “the art of being fragile”: Why cultural psychology needs literature and poetry. *Culture & Psychology*, 26(3), 417–433.
- Løvsland, C. (2020). *Oppfølging av tro og livssyn blant enslige mindreårige flyktninger i bofelleskap – En kvalitativ intervjustudie «Sammen i dag – på egne ben i morgen»* [Masteroppgave, VID vitenskapelige høyskole].
- Mandelkow, L. & Reme, S. E. (2022). Religious sensitivity at secular universities – A cross-sectional replication study among Norwegian psychology students. *Nordic Journal of Religion and Society*, 35(1), 4–19.
- Mandelkow, L., Frick, E., Büsing, A. & Reme, S. E. (2021). Norwegian psychotherapy: Religiosity gap and spiritual care competence. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 1–22.
- Medås, K. M., Blystad, A. & Giske, T. (2017). Åndelighet i psykisk helseomsorg: Et sammensatt og vanskelig tema. *Klinisk Sygepleje*, 31(4), 273–286.

- Milner, K., Crawford, P., Edgley, A., Hare-Duke, L. & Slade, M. (2020). The experiences of spirituality among adults with mental health difficulties: A qualitative systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e34. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000234>
- Nasjonalt kompetanse- og kunnskapsnettverk for minoritetshelse (NAKMI) & Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP). (2015). *Kulturformuleringsintervjuet (KFI), DSM-5: Et klinisk verktøy i tverrkulturell kommunikasjon*. <https://rop.no/globalassets/verktoy/kulturformuleringsintervjuet.pdf>
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710–724.
- Qureshi, N. A. (2005). Profesjonell kultursensitivitet framfor faglig etnosentrisme. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(3), 261–274.
- Regjeringen. (2017). *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forskrift-om-felles-rammeplan-for-helse--og-sosialfagutdanninger/id2569700/>
- RVTS. (2016). *Livets tre – En metode og et kursopplegg fra RVTS Sør*. Hentet 7. oktober 2022 fra <https://flyktning.net/ressurs/livets-tre-en-metode-og-et-kursopplegg-fra-rvts-sor>
- Rykkje, L. & Austad, A. (Red.). (2020). *Eksistensielle begreper i helse- og sosialfaglig praksis*. Universitetsforlaget. <https://www.idunn.no/doi/pdf/10.18261/9788215035697-2020>
- Salole, L. (2018). *Identitet og tilhørighet: Om ressurser og dilemmaer i en krysskulturell oppvekst*. Gyldendal Akademisk.
- Schnell, T. (2020). *The psychology of meaning in life*. Routledge.
- Schuff, H. M. T. (2018). Navigating cultures: Narratives of becoming among young refugees in Norway. *Human Arenas*, 1, 261–281. <https://doi.org/10.1007/s42087-018-0052-4>
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis: Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Gyldendal Akademisk.
- Seip, H. M. T. (2020a). Kreativt psykisk helsesamarbeid: Kunsten å la minoritetsungdom spille hovedrollen i sitt eget liv. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(4), 239–251.
- Seip, H. M. T. (2020b). *Playing our way: Participation, recognition and creativity as resources for growing up across cultures* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/79436>
- Seip, H. M. T. (2022). Growing together in a creative community: The power of participation in an arts project with young migrants. *Community Psychology in Global Perspective*, 8(1), 41–59.
- Slåttå, L. S. (2022). Den økologiske krisen i psykologien. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 59(8), 720–725. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2022/08/den-okologiske-krisen-i-psykologien>
- Slåttå, L. S. & Madsen, O. J. (2014). «Jeg svømmer alene»: En økopsykologisk utforskning av de endelige vilkår i eksistensiell psykoterapi. *Scandinavian Psychologist*, 1, e9. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e9>
- Stålsett, G. (2006). Hvordan tro kan helbrede eller ødelegge: Religionspsykologens blikk på tro. I J.-O. Henriksen (Red.), *Tro*. Kom Forlag.

- Ulland, D. & DeMarinis, V. (2014). Understanding and working with existential information in a Norwegian adolescent psychiatry context: A need and a challenge. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(6), 582–593.
- Vetlesen, A. J. & Henriksen, J.-O. (2022). *Etikk i klimakrisens tid*. Res Publica.
- Yalom, I. D. (2011). *Eksistensiell psykoterapi*. Cappelen Damm Akademisk.
- Ylvisaker, S., Rugkåsa, M. & Eide, K. (2017). *Barnevern i et minoritetsperspektiv: Sosialt arbeid med barn og familier*. Gyldendal Akademisk.
- Øverland, G. (2014). Religion and culture as resources for survival: An approach for front-line health and social workers. I G. Øverland, E. Guribye & B. Lie (Red.), *Nordic work with traumatised refugees: Do we really care?* Cambridge Scholars Publishing.

Larsen, I. B. & Friesinger, J. G. (2025). I et rom i et hus i en have: Psykososial helse som forbindelser mellom mennesker og materialitet. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 93–105). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550205>

Kapittel 5

I et rom i et hus i en have

Psykososial helse som forbindelser mellom mennesker og materialitet

Inger Beate Larsen og Jan Georg Friesinger

Det nye institusjonelle landskapet

Psykososial helse oppstår i forbindelser mellom mennesker, fysiske omgivelser og ideer om hva gode bosituasjoner handler om. Dette innebærer at vi anerkjenner at mennesker ikke lever i tomrom, men inngår i sammenhenger hvor mennesker, steder, ting og politikk har betydning. Slike sammenhenger kalles for et assemblage og dreier seg om forholdet mellom mennesker og fysiske omgivelser; også omtalt som det humane og det ikke-humane (Deleuze & Guattari, 1987; De Landa, 2016). Et assemblage er med andre ord en betegnelse for alle de sammenhengene et menneske kan inngå i. Disse sammenhengene kan handle om familie og venner, om vi bor på byen eller på landet, eller om vi bor i blokk eller enebolig. Det kan også handle om arbeid og økonomi, helse og sykdom. Og det er sammenhengene som sørger for at ting skjer, på godt eller på vondt. Et menneske er en kropp i bevegelse, både midt i og en del av andre mennesker og materielle omgivelser (Larsen et al., 2020).

*I et rom, i et hus i en have*¹ (Carling, 2004) kan være en idyllisk beskrivelse av hvordan mange mennesker i Norge bor. Vi har et rom som er vårt, rommet er inne i et hus, og huset ligger i en hage. Kommunale bofellesskap bygget for personer med psykisk helse og/eller rusutfordringer består også ofte av rom i et hus i en hage. Samtidig er disse bofellesskapene å betrakte som en form for nye institusjoner ment for en spesiell gruppe mennesker. Bofellesskapene ble etablert ute i kommunene etter at de store, statseide psykiatriske institusjonene reduserte antall sengeplasser betydelig på 1990-tallet og fremover (Friesinger, 2020; Pedersen & Kolstad, 2009). Dette innebærer at vi har fått det som omtales som en ny helsegeografi, som betyr at nåtidens bygninger i helsevesenet er forskjellige fra de som var før (Larsen, 2009; Parr, 2000, 2008). Mye av den profesjonelle hjelpen blir nå utført i det vi kan kalle dagliglivets institusjoner. Bofellesskapene, sammen med ulike treffsteder, utgjør et nettverk av miniinstitusjoner (Larsen & Topor, 2017) eller asyl uten vegger (Philo & Metzel, 2005).

I utgangspunktet var nedbyggingen av de store institusjonene basert på idealene om at mennesker uavhengig av utfordringer og egenskaper er borgere av samfunnet. Det skulle være plass til alle, og ingen skulle margina-

1 Tittelen er hentet fra en bok skrevet av Finn Carling. I boka blir det tydelig hvordan de fysiske omgivelsene får stor betydning for ham som barn. Hvordan man opplever seg selv og vårt forhold til andre, er sterkt påvirket av de omgivelsene man er en del av.

liseres (Parr, 2000). Dette burde innebære at bofellesskapene ble bygget like forskjellige som andre typer boliger både i størrelse, materialvalg og hvor de ble plassert. Samtidig ser det ut til at realiteten ofte er en annen. Det er ikke det idylliske huset i hagen som møter oss, men en bygning som skiller seg ut fra naboens hus.

Så hva er det som kjennetegner dette nye, institusjonelle landskapet som vi også kan kalle et assemblage? Når hjemmet er et bofellesskap ment for mennesker med psykiske og/eller rusutfordringer, er det ikke usannsynlig at de som bor der, i tillegg benytter seg av ulike møteplasser (dagsentra, treffsteder o.l.) som også er ment for den gruppen samfunnet har plassert dem i. Samtidig som mennesker med rus og/eller psykisk helseutfordringer bor og frekventerer steder ment nettopp for dem, er de politiske ideene bak dette nye landskapet at menneskene her også skal benytte de allmennmenneskelige stedene for å bli innlemmet i samfunnet og leve som folk flest (normalisering) (Bachke & Larsen, 2017; Larsen & Topor, 2017; Sælør et al., 2019). Det å ta del i samfunnet, være sammen med folk og inngå i noe større vil kunne bidra til at de kommer seg og opplever bedre psykososial helse, noe som også kan kalles recovery (Friesinger, Topor et al., 2024; Klevan et al., 2024).

Friesinger et al. (2020) viser i sin studie hvordan tvetydigheten mellom integreringstanken og hva et bofellesskap skal være, kommer til syne. Denne tvetydigheten skaper et uklart bilde av hvem beboerne i bofellesskapene er. På den ene siden synliggjør studien at beboerne ikke lenger er pasienter, men like forskjellige som folk flest og med mange ulike drømmer og lengsler. Dette betegnes som «det utvidende bildet». På den andre siden viser studien at den materielle utformingen av bofellesskapene holder beboerne fast i en forståelse av dem som syke, og forskjellige fra nabolaget ellers. Dette betegnes som «det innskrenkende bildet». Betydningen av å ha et bofellesskap å bo i, representerer for mennesker med psykisk helse- og/eller rusutfordringer likevel et ankerfeste i et ellers ofte ustabil liv (Padgett, 2007), samtidig vet vi at det å bo på et slikt sted ikke nødvendigvis gir den stabiliteten beboerne lengter etter (Leickly & Townley, 2021).

Det utvidende bildet synes å styrke den psykososiale helsen, nettopp fordi mennesker med ulike diagnoser trenger å bli møtt og forstått som mer enn diagnosene. Slik vil dette bildet ved hjelp av helsefremmende omgivelser – som for eksempel et sted hvor du er trygg og setter ditt personlige preg på – minne personen på hans friske sider. Samtidig kan det innskrenkede

bildet virke negativt på helsa fordi personen i bofellesskapet lever i et utrygt og pregløst miljø som ikke tar vare på personens friske sider.

Hensikten med kapitlet er tredelt:

- Å beskrive livet i og utenfor bofellesskapene, og vise hvordan vi som mennesker er innlemmet i det fysiske, sosiale og politiske terrenget (assemblage), og hvordan dette terrenget kan bidra til å fremme eller hemme psykososial helse for beboerne på disse stedene.
- Å vise hvordan politiske idealer i mange tilfeller skiller seg fra realitetene folk lever under.
- Å synliggjøre hvordan psykososial helse kan forstås som sammenvevde forbindelser mellom det humane og ikke-humane som vedlikeholder og fremmer bedringsprosesser (recovery) – altså som assemblage.

Å være innlemmet i fysiske, sosiale og politisk terreng

Dersom vi tenker at vi er en del av, og inngår i, mange ulike materielle, sosiale og politiske relasjoner, blir individet ikke nødvendigvis en aktør eller et subjekt som kan improvisere og handle fritt og akkurat som hen vil, men en agent som forholder seg til det terrenget hen befinner seg i (Bennett, 2022). Dette terrenget kan bestå av beliggenheten, selve bofellesskapene, rommene, gjenstandene og menneskene som heller ikke er løsrevet fra samfunnets overordnede meninger om og synspunkter på mennesker som er definert som noen som trenger å bo i et bofellesskap. Politikken blir dermed mer eller mindre tydelig i bofellesskapenes utforming. På bakgrunn av politiske føringer skaper arkitekter bofellesskap ut fra noen forhåndsgitte ideer om hva disse bofellesskapene skal være, og hva som kjennetegner menneskene som skal bo der (Friesinger, Flåto et al., 2024), noe som kan også sees i andre institusjonelle sammenhenger som for eksempel barnehager (Melhuus & Nordtømme, 2022).

Eksempelvis er risikotenkningen blitt en selvfølgelighet når bofellesskapene planlegges, utformes og tas i bruk. Med risikotenkning mener vi at de menneskene bofellesskapene er bygget for, blir forstått som forskjellige fra folk flest, og derfor trenger de boliger som skiller seg ut. I planleggingsdokumenter

skrives det for eksempel om betydningen av å bygge bofellesskap som omtales som «robuste boliger», «hardbruksboliger» eller «boliger for vanskeligstilte» (Støa, 2007; Woods et al., 2016; Wågø et al., 2019). Det handler om å bygge hus som virkelig tåler en støyt. Derfor kan materialvalget ta utgangspunkt i at hjemmet til folk må kunne spyles i stedet for vaskes på vanlig vis. Det kan også innebære at vasker og toalett ikke skal være av porselen, men av et materiale som ikke kan knuses.

I planleggingsdokumenter ser vi også at brannfaren blir beskrevet som større i bofellesskap enn i andre typer hjem, og derfor er brannsikrings-systemene forskjellig fra det de fleste har i sine hjem. Brannutstyret i bofellesskap blir montert etter standarder til hotell og sykehus, og blir ofte mer dominerende og iøynefallende enn de vi finner i vanlige hjem. For eksempel monteres en komfyrvakt² slik at det ikke er mulig å lage mat lenger enn 30 min før den må aktiveres igjen. Og den kan ikke aktiveres over komfyren slik den vanligvis kan, men beboeren må i mange tilfeller ut av leiligheten sin for å reaktivere denne (Friesinger et al., 2019).

Flere steder kan vi også finne veiskilt hvor det står *bofellesskap* på, noe som innebærer at forbigående blir opplyst om at her bor noen som ikke kan bo for seg selv. Dette gjelder også for store bofellesskap for personer med utviklingshemming (Kittelsaa & Tøssebro, 2011). I tillegg er beliggenheten ikke sjelden i nærheten av en større psykiatrisk institusjon. Hjemmene til de av oss som bor i bofellesskap blir derved å sammenlikne med institusjoner for de syke, og avviker fra vanlige hjem. Slike forhold kan bidra til innskrenkende bilder som visualiserer beboeren som en som likner på de andre beboerne (Friesinger et al., 2020).

Når det bygges «robuste bofellesskap», kan det ligge verdier, koder og bruksanvisninger implisitt i arkitekturen og materialvalget (Friesinger, Flåto et al., 2024). De fysiske omgivelsene danner ikke en passiv bakgrunn, men er uttrykk for samfunnets verdisyn knyttet til de som bor i disse bofellesskapene. På den måten er omgivelsene, bygningene, rommene, gjenstandene og materialene valgt på bakgrunn av de forestillinger vårt samfunn har om de som skal bo der. Vi har selvsagt forståelse for at beslutningstakere må tenke

2 En *komfyrvakt* er en sensor som kutter strømmen til komfyren dersom den oppdager unormal varmeutvikling på platetoppen. I en del bofellesskap kuttet strømmen automatisk etter en viss tid selv om det ikke er unormal varmeutvikling.

økonomi og kvalitet. Men poenget er først og fremst at man bygger for en gruppe mennesker hvor de fleste *ikke* vil rasere leiligheten sin, men de må likevel bo i bygninger som er ment for de som kan komme til å gjøre dette.

Mellom idealer og realiteter

Så langt i dette kapitlet har vi synliggjort et stort sprik mellom idealer og realiteter i bofellesskapene. Idealene er at alle trenger et sted å bo og andre mennesker å være sammen med. Derfor er det ideelt sett riktig å bygge bofellesskap i helt ordinære nabolag med tilgang til felles møteplasser som for eksempel parker og kirker. Det er ideelt å ha venner i nabolaget og delta og medvirke i nærmiljøet og ellers i kommunen, slik det også kommer frem i den nasjonale strategien for den sosiale boligpolitikken (Hansen, 2023; Regjeringen, 2021–2024). Slik sett vil mennesker som bor i bofellesskap, ikke bare være sammen med de andre i samme bofellesskap, men med folk i nabolaget. På den måten vil de kunne forstå seg selv, og bli forstått av andre, som noen som har mye til felles med folk flest fordi de er inkludert i fellesskapet (Parr, 2004; Parr et al. 2004). Denne måten å bo på understreker en betydningsfull sosial identitet. Hjemme i bofellesskapene kan beboerne til en viss grad gjøre som de vil. De kan male vegger, henge opp bilder og skape sin personlige stil. Deres identitet som vanlige samfunnsborgere med frie valg blir på den måten understreket av det utvidede bildet av beboeren.

Men realitetene er ofte ikke ideelle, og assemblaget utgjør heller det som kan kalles en uortodoks normalitet. Når materialvalg, brannsikrings-system, veiskilt og ofte også en generell dårlig standard skiller seg fra det vi ser i nabohusene, kan dette bidra til å opprettholde eller skape et stigma overfor beboerne. I tillegg har noen av bofellesskapene overvåkningskameraer (Boyd et al., 2016). At mennesker i bofellesskap er annerledes enn naboene, viser seg slik sett tydelig i de fysiske omgivelsene. Beboerne blir forstått som outsiders og noen ganger som farlige. Dette kommer til uttrykk i naboprotester som tydeliggjør at mennesker med psykisk helse- og/eller rusutfordringer ikke er velkomne i nabolaget (Friesinger et al., 2020).

Psykososial helse som sammenvevde forbindelser

Argumentasjonen vi har lagt frem i dette kapitlet, peker i retning av at god psykososial helse er avhengig av fysiske omgivelser som henvender seg til beboerne i bofellesskap som likeverdige borgere i samfunnet. Det innebærer at politikere, arkitekter og andre med ansvar for å bygge steder ment for en gruppe mennesker trenger å ta stilling til hvilke verdier og koder som kan ligge implisitt i arkitekturen og materialvalget. Verdiene og kodene må understøtte det utvidende bildet av hvem beboerne er.

Det finnes ikke én oppskrift på hvordan disse sammenvevde forbindelsene skal se ut. Men det må handle om å utforme omgivelser som både kan fremme og vedlikeholde bedringsprosesser. Hvordan kan da et slikt terreng se ut?

Det som er naturlig, er at ulike mennesker setter pris på ulike terreng. Noen vil gjerne bo i et rom i et hus i en hage, mens andre foretrekker å bo i et rom i en boligblokk i nærheten av en trafikkert vei. Du må kunne føle deg hjemme når du kommer hjem, og personligheten skal kunne gjenspeiles i interiøret og i farge- og materialvalget, og bekrefte personens verdi som menneske. For eksempel forteller Arnhild Lauveng om hvor viktig det var nettopp for henne å bli servert kaffe av porselensservise når hun var hjemme på perm fra et psykiatrisk sykehus. At moren fant frem nettopp dette seriset, ga henne en følelse av trygghet, av å være respektert og et håp om et bedre liv (Lauveng, 2014).

Både mennesker og materielle omgivelser setter med andre ord i gang fysiske, sosiale og følelsesmessige bevegelser og gir individet nye erfaringer. I det vi kan kalle et psykososialt bedringsnettverk, blir det derfor essensielt å tydeliggjøre bevegelsene mer enn grensene, føttene mer enn røttene (Cresswell, 2010). Samtidig trengs det retrettmuligheter. Er hjemmet en trygg havn, blir det et nødvendig sted å komme tilbake til når utfordringene har vært store nok. De sammenvevde forbindelsene må derfor muliggjøre en frem og tilbake-bevegelse; mellom det kjente og det ukjente.

Ifølge Nordberg-Schulz (1986) vil de aller fleste av oss trenge et hjem hvor vi har mulighet til å lukke verden ute og søke trygghet og beskyttelse i kjente og kjære omgivelser. De trygge og kjente omgivelsene kan forstås som et mulighetsrom som kan gi fred og ro, og som på samme tid har stier og veier ut i verden.

Ute i verden finnes muligheter for å vokse og gro som menneske. Uten slike muligheter kan man gro fast (Nordberg-Schulz, 1986). Stiene og veiene gjør det mulig å bevege seg bort fra det kjente og kjære og åpner opp for endring, kreativitet og nytenkning. En dagligvarebutikk i nærheten kan inspirere til matlaging eller til å invitere gjester hjem. En park eller annet grøntområde kan bli sosiale møteplasser. Det samme kan en kirke, en pub eller en kafe. Veier og stier til slike steder gjør bevegelse mulig. Det handler selvsagt om fysisk bevegelse hvor man går fra det trygge til det mindre trygge. Den fysiske bevegelsen gjør det mulig å utfordre seg selv eller bli utfordret av andre. På den måten blir bevegelsen også sosial. For å treffe andre er det nødvendig å bevege seg fysisk eller gjøre det mulig for dem å oppsøke deg. I møte med gjenstander, steder og mennesker kan også følelsesmessige bevegelser skje. For en ung gutt som følte seg ensom og redd for å gå på skolen ble mobiltelefonen en gjenstand som gjorde han mindre ensom og redd. Med mobiltelefonen hadde han mulighet til ringe noen han stolte på og som kunne oppmuntre han til å gå på skolen (Larsen et al., 2020; Larsen & Topor, 2017). Martin og Roe (2022) viser hvordan bygninger og gjenstander kan ha en følelsesmessig makt som kan gi mennesker håp om et bedre liv. De kaller dette for håpets arkitektur.

Deleuze og Guattari (1987) skriver om betydningen av å kunne bevege seg mellom ulike territorier. Når du får mulighet til å utforske det ukjente, og forandring er mulig, kaller de det deterritorialisering. Det motsatte kaller de reterritorialisering. Dette handler om å beholde en kjent orden. I denne sammenheng blir hjemmet å forstå som en kjent orden.

Dette har paralleller med begrepet «wood-shedding», som leder oss til jazzscenen og brukes av musikere når de trekker seg tilbake fra lampelyset for å arbeide frem nye melodier i fredelige omgivelser for så igjen å vende tilbake til publikum (Larsen & Topor, 2017). «Wood-shedding» kan også forstås i en bedringsprosess-sammenheng. Når en person beveger seg ut i verden, kanskje på nye og ukjente stier, og kommer i kontakt med nye steder og mennesker, vil personen kunne få et annet bilde av seg selv. Denne deterritorialiseringen er nødvendig for vår psykososiale helse. Men det er også viktig med retrettmuligheter (reterritorialisering) (Larsen et al., 2022). Hjemme igjen kan man hente seg inn og hvile og også legge nye planer for nye bevegelser og forandringer. Det blir viktig å understreke at et assemblage som vedlikeholder eller fremmer bedring, forutsetter en økonomi som gjør det mulig å bevege seg ut i verden. På den ene siden så trenger man penger

for å benytte offentlig kommunikasjon, invitere gjester hjem til seg eller gå på kafe. På den andre siden trenger man at de grunnleggende rettighetene som borger blir tatt på alvor, som retten til bolig (Aaslund, 2023; Hansen, 2023), som er en del av menneskers grunnleggende kapabiliteter for å leve et godt liv (Nussbaum, 2013).

Avsluttende refleksjoner

Vi har nå tydeliggjort hvordan psykososial helse kan forstås som et assemblage hvor betydningen av ting og idealer er viktige deler i menneskers liv. Og når mennesker ikke kan løsrive seg fra forbindelsene de er en del av, vil det som skjer, være i konstant bevegelse. En slik assemblage-forståelse er også synliggjort i en ny definisjon om bedringsprosesser, eller recovery, som det også kalles (Topor et al., 2020, 2022). Definisjonen synliggjør at recovery ikke foregår inne i hvert enkelt menneske, men i fellesskap med andre og i relasjon til fysiske omgivelser:

Recovery er en dypt sosial, unik og felles prosess der våre levekår, materielle omgivelser, holdninger, verdier, følelser, ferdigheter og/eller roller endrer seg.

Det er en måte å leve tilfredsstillende, håpefulle liv sammen med andre på, selv om vi fremdeles kan være fortvilet, ha uvanlige opplevelser og forstyrrende væremåter.

Recovery innebærer at vi engasjerer oss i nye sosiale og materielle sammenhenger, og i åpne dialoger der nye måter å forstå og håndtere situasjonen på skapes i takt med at vi overskrider den psyko-sosiale-materielle krisen. (Topor et al., 2020)

For personer som er i en bedringsprosess, bør det derfor tas hensyn til alle de sosiale og materielle forbindelsene personen er en del av. Å forstå psykososial helse som et assemblage fremhever betydningen av de små tingene som til sammen utgjør vesentlige bidrag til at folk får det bedre. Makten som tingene har for folks bedringsprosesser blir ofte oversett, og i stedet lages kunstige

skiller mellom de steder hvor folk får behandling, og de steder hvor folk lever sine liv (Friesinger, Topor et al. 2024; Klevan et al., 2024).

Det relasjonelle og materielle perspektivet som vi har skissert i dette kapitlet, understreker at sammenhengene folk er en del av, får implikasjoner for folks liv. Dette handler om bolig og bomiljø, levekår og menneskelig kontakt. Oppsummert blir assemblage-tilnærmingen en påminnelse om at vi alltid oppholder oss på steder omgitt av politiske, fysiske og naturlige innslag, og slike innslag kan være å finne i et rom, i et hus, i en have.

Referanser

- Bachke, C. C. & Larsen, I. B. (2017). Fra behandling til recovery: En review-studie av forskning på dagsentra for mennesker med psykiske lidelser. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13(2). <https://doi.org/10.7557/14.4213>
- Bennett, J. (2022). *Vital materie* (Vol. 5). Existenz Forlag.
- Boyd, J., Cunningham, D., Anderson, S. & Kerr, T. (2016). Supportive housing and surveillance. *International Journal of Drug Policy*, 34, 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.05.012>
- Carling, F. (2004). *I et rom i et hus i en have* (3. utg.). Gyldendal.
- Cresswell, T. (2010). Towards a politics of mobility. *Environment and Planning D: Society and Space*, 28(1), 17–31. <https://doi.org/10.1068/d11407>
- DeLanda, M. (2016). *Assemblage theory*. Edinburgh University Press.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1987). *A thousand plateaus: Capitalism and schizophrenia*. University of Minnesota Press.
- Friesinger, J. G. (2020). *Materialities matter: An exploration of supported housing for people with mental health problems*. 07 Media. <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/handle/11250/2655383>
- Friesinger, J. G., Flåto, M. & Larsen, I. B. (2024). Et kritisk blikk på tekster om boliger for personer med psykisk helse- og/eller rusproblematikk: Ideen om den best egnete boligen. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 8(5). <https://doi.org/10.18261/nost.8.5.3>
- Friesinger, J. G., Topor, A. P., Bøe, T. D. & Larsen, I. B. (2019). The ambiguous influences of fire safety on people with mental health problems in supported housing. *Palgrave Communications*. <https://doi.org/10.1057/s41599-019-0230-0>
- Friesinger, J. G., Topor, A. P., Bøe, T. D. & Larsen, I. B. (2020). Materialities in supported housing for people with mental health problems: A blurry picture of the tenants. *Sociology of Health & Illness*. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13162>
- Friesinger, J. G., Topor, A., Lindvig, G. R. & Larsen, I. B. (2024). Micropolitics of mental health recovery: An assemblage analysis of people's experiences of becoming well. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01311-5>
- Hansen, I. L. S. (2023). Når svikt i tilgang til helsetjenester blir et boligproblem for personer med alvorlig psykisk helse og rusproblemer. *Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research*, 8(2), 127–140. <https://doi.org/10.18261/nwr.8.2.5>
- Kittelsaa, A. & Tøssebro, J. (2011). *Store bofellesskap for personer med utviklingshemming: Noen konsekvenser*. NTNU Samfunnsforskning. <https://samforsk.no/uploads/files/Publikasjoner/Store-bofellesskap-WEB.pdf>
- Klevan, T., Jonassen, R. & Borg, M. (2024). Connecting with “everyday life-things” – Exploring characteristics of recovery-nurturing places. *Mental Health and Social Inclusion, ahead-of-print*(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/MHSI-01-2024-0014>
- Larsen, I. B. (2009). «Det sitter i veggene»: Materialitet og mennesker i distrikts-psykiatriske sentra [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen]. <https://hdl.handle.net/1956/3884>
- Larsen, I. B. & Topor, A. (2017). A place for the heart: A journey in the post-asylum landscape. Metaphors and materiality. *Health & Place*, 45, 145–151. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.03.015>

- Larsen, I. B., Bøe, T. D. & Topor, A. (2020). Things matter: About materiality and recovery from mental health difficulties. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), Article 1802909. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1802909>
- Larsen, I. B., Friesinger, J. G., Strømland, M. & Topor, A. (2022). You realise you are better when you want to live, want to go out, want to see people: Recovery as assemblage. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(5), 1108–1115. <https://doi.org/10.1177/00207640211019452>
- Lauveng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen Damm.
- Leickly, E. & Townley, G. (2021). Exploring factors related to supportive housing tenure and stability for people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 49(6), 1787–1805. <https://doi.org/10.1002/jcop.22573>
- Martin, D. & Roe, J. (2022). Enabling care: Maggie's centres and the affordance of hope. *Health & Place*, 102758. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102758>
- Melhuus, E. C. & Nordtømme, S. (2022). *Mellom steder, rom og materialer: Teoretiske utforskninger i barnehagen*. Fagbokforlaget.
- Norberg-Schulz, C. (1986). *Et sted å være: Essays og artikler*. Gyldendal.
- Nussbaum, M. C. (2013). *Creating capabilities: The human development approach* (First Harvard University Press paperback edition). The Belknap Press of Harvard University Press.
- Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1925–1936. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.011>
- Parr, H. (2000). Interpreting the 'hidden social geographies' of mental health: Ethnographies of inclusion and exclusion in semi-institutional places. *Health & Place*, 6(3), 225–237. [https://doi.org/10.1016/S1353-8292\(00\)00025-3](https://doi.org/10.1016/S1353-8292(00)00025-3)
- Parr, H. (2004). Medical geography: Critical medical and health geography? *Progress in Human Geography*, 28(2), 246–257. <https://doi.org/10.1191/0309132504ph484pr>
- Parr, H. (2008). *Mental health and social space: Towards inclusionary geographies?* Blackwell.
- Parr, H., Philo, C. & Burns, N. (2004). Social geographies of rural mental health: Experiencing inclusions and exclusions. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 29(4), 401–419. <https://doi.org/10.1111/j.0020-2754.2004.00138.x>
- Pedersen, P. B. & Kolstad, A. (2009). De-institutionalisation and trans-institutionalisation – Changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950–2007. *International Journal of Mental Health Systems*, 3(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-3-28>
- Philo, C. & Metzger, D. S. (2005). Introduction to theme section on geographies of intellectual disability: 'Outside the participatory mainstream'? *Health & Place*, 11(2), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2004.10.005>
- Regjeringen. (2021–2024). *Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken*.
- Støa, E. (2007). *Endelig hjemme: Utforming av boliger for vanskeligstilte*. Husbanken.
- Sælør, K. T., Bjørlykhaug, K. I., Bank, R.-M. & Johnson, T. A. (2019). Møter i mørket. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(2), 110–125. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-02-02>

- Topor, A., Bøe, T. D. & Larsen, I. B. (2022). The lost social context of recovery: Psychiatrization of a social process. *Frontiers in Sociology*, 7. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fsoc.2022.832201>
- Topor, A. P., Larsen, I. B. & Bøe, T. D. (2020). Recovery – Fra personlig reformasjon til sosial transformasjon. *Mad in Norway*. <https://www.madinnorway.org/2020/05/recovery-sosial-transformasjon/>
- Woods, R., Verstad, T. I. S., Gullbrekken, L., Høyland, K. & Nesje, A. J. (2016). *Robuste boliger i Melhus kommune*. SINTEF Akademisk Forlag. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2421970>
- Wågø, S. I., Høyland, K. & Bø, L. A. (2019). *Bokvalitet og verdighet – En evaluering av boliger for mennesker med rus- og psykiske lidelser*. SINTEF Akademisk Forlag. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2588924>
- Aaslund, H. (2022). «Nu är det väl revolution på gång?» – Medvirkning, medborgerskap og menneskerettigheter blant mennesker som mangler bolig. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 19(1), 63–74. <https://doi.org/10.18261/tph.19.1.6>

Vederhus, J.-K. & Haugland, S. H. (2025). Vanskelige barndomsopplevelser setter spor. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 107–124). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550206>

Kapittel 6

Vanskelige barndomsopplevelser setter spor

John-Kåre Vederhus og Siri Håvås Haugland

Innledning

Vanskelige barndomsopplevelser kan sette negative spor i folks helse helt inn i voksen alder. Dette har fått stor oppmerksomhet i forskningslitteraturen de siste 20 årene (Bellis et al., 2019; Hughes et al., 2017). I dette kapittelet ønsker vi å se om internasjonale funn fra dette forskningsfeltet bekreftes i en norsk folkehelseundersøkelse. Spesifikt vil vi undersøke i hvilken grad vanskeligheter i barndommen er relatert til psykososiale konsekvenser (sosiale forhold, økonomisk situasjon og psykisk helse) i voksen alder.

Internasjonalt blir temaet omtalt som «Adverse Childhood Experiences» (ACE), etter navnet på en større amerikansk studie om fenomenet fra midten av 90-tallet (Felitti, 2019). Bakgrunnen for studien var at klinikere i en helseforebyggende poliklinikk oppdaget hvor vanskelig det var for pasienter i et behandlingsprogram for fedme å gjøre livsstilsendringer for å gå ned i vekt og å holde vekten nede (Felitti et al., 2010; Olsen, 2020). Når de utforsket dette nærmere, oppdaget de at spisevanene kunne være en måte å håndtere underliggende emosjonelle problemer forårsaket av seksuelle overgrep i barndommen. Oppdagelsen førte til at de begynte å spørre alle pasienter med fedme om barndomstraumer, og de ble overveldet over hvor mange som hadde slike negative barndomsopplevelser. I en pilotstudie oppdaget de at så mange som 55 % av pasientene hadde opplevd seksuelle overgrep i barndommen (Felitti, 2019). Forskerne ble rådet til å gjøre en større epidemiologisk studie for å undersøke forekomsten blant sykehuspasienter generelt, og ACE-studien ble igangsatt i 1995 blant medlemmer i et større privat sykehusforetak i USA, Kaiser Permanente i San Diego. Internasjonalt har vanskelige barndomsopplevelser blitt målt på ulike måter, alt fra enkeltspørsmål til større spørreskjemaer – men mest kjent er nok fremdeles de ti spørsmålene fra ACE-studie som blant annet inneholdt spørsmål om emosjonelt eller seksuelt misbruk, omsorgssvikt, foreldres rusbruk og skilsmisse.

Psykososiale utfordringer og helse

En rekke studier har vist at de som har vanskelige barndomsopplevelser, får flere fysiske og psykiske helseproblemer enn andre (Bellis et al., 2019; Merrick et al., 2017; Merz & Jak, 2013), og det er beregnet at mer enn 25 % av alle tilfeller av angst og depresjon i Europa skyldes vanskelige barndomsopplevelser (Bellis et al., 2019). Sammenhengen mellom vanskelige barndomsopplevelser og psykisk helse er derfor satt på dagsordenen av Verdens helseorganisasjon som et viktig satsingsområde for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer (Sethi et al., 2018). Det at belastende kontekstuelle og relasjonelle forhold som misbruk, omsorgssvikt og foreldres rusbruk viser seg å sette negative spor i den psykiske og fysiske helsen, synliggjør at helse påvirkes av det psykososiale oppvekstmiljøet. På samme måte som belastende livsopplevelser kan være skadelig for helsen, kan positive psykososiale faktorer virke beskyttende. Hvis et barn vokser opp i stabile og tillitsskapende omgivelser, vil barnet utvikle et positivt selvbilde av seg selv og andre, og ha positive forventninger til sosialt samspill. Vanskelige barndomsopplevelser kan skade slike forventninger, og kan føre til usikkerhet som gjelder relasjoner med andre og en generell mistillit til verden omkring (Merz & Jak, 2013). Å ha gode sosiale relasjoner og sosial støtte bidrar i stor grad til en god helse (Hakulinen et al., 2016), og en studie som undersøkte ulike faktorer som kunne bidra til beskyttelse og motstandskraft, fant at sosiale faktorer var betydningsfullt for å unngå negative konsekvenser av vanskelige barndomsopplevelser (Bellis et al., 2018). En norsk studie viste at de som har hatt vanskelige opplevelser i barndommen, angir større grad av sosial isolasjon (Vederhus et al., 2022). Sosial eksklusjon er en drivende faktor for utvikling av sosial ulikhet i helse, og det å ha lite sosial støtte og å oppleve seg isolert øker risikoen for helseproblemer (Holt-Lunstad et al., 2015). Det er derfor viktig å undersøke hva som kan øke faren for at man faller utenfor det sosiale fellesskapet.

Forskning viser også at risikoen for helseproblemer øker jo flere vansker man har opplevd i barndom (Hughes et al., 2017). Mange internasjonale studier har derfor fokusert på å telle og summere antall vanskelige barndomsopplevelser, men få studier har belyst om det å ha flere vanskelige livserfaringer har betydning i en norsk befolkning. I tillegg til at antall vanskelige barndomsopplevelser en person opplever kan være relevant for den psykiske helsen, vil også den subjektive vurderingen av hvor ille opplevelsene var,

være relevant for hvor mye det påvirker den psykiske helsen og livskvaliteten senere. Skalaer der personen får angi hvor vanskelig en oppfatter barndommen, kan være å foretrekke fremfor bare en telling av antall negative hendelser (Vederhus et al., 2021).

Vanskelige barndomsopplevelser fordeler seg ulikt i befolkningen (Haugland, Dovran et al., 2021). Slike erfaringer er vanligere blant dem med lavere utdanning sammenlignet med høyere utdanning, og aller vanligst var det blant dem som på ulike måter står utenfor arbeidsmarkedet, det vil si de var sykemeldt eller mottok uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger. Sammenhengen mellom vanskelige barndomsopplevelser og sosioøkonomiske forhold er komplisert. Vanskelige barndomsopplevelser er vanligere blant dem som vokser opp med dårlig råd i familien (Walsh et al., 2019), men det å oppleve belastende ting i barndommen kan også gjøre det vanskeligere å fullføre skole og komme seg inn i arbeidslivet (Houtepen et al., 2020; Metzler et al., 2017). Det er solid grunnlag for å si at det er sosial ulikhet i hvordan helse fordeler seg i befolkningen (Goldblatt et al., 2023; Pickett & Wilkinson, 2015). Vanskelig økonomi er en av risikofaktorene for å ha større psykiske helseplager (Fryers et al., 2005; Santini et al., 2020). Fordi tidligere studier viser en sammenheng mellom sosiale forskjeller og å ha erfart belastende barndomsopplevelser, samtidig som andre studier har vist at belastende barndomsopplevelser kan føre til verre psykisk helse i voksen alder, er det viktig å undersøke disse faktorene i sammenheng med hverandre.

Det er relativt vanlig å ha opplevd vanskelig ting i barndommen. En systematisk litteraturstudie med metaanalyse anslår at 23,5 % av voksne europeere har opplevd minst én vanskelig barndomsopplevelse, og 18,7 % har opplevd to eller flere (Bellis et al., 2019). En studie blant unge voksne i ti europeiske land fant enda høyere tall, hvor nesten halvparten (46 %) oppgav at de har opplevd minst én vanskelig barndomsopplevelse, og 6 % fortalte at de har opplevd fire eller flere (Hughes et al., 2019). Temaet har etter hvert blitt møtt med økende interesse i Norge. Allerede i 2005 gav Kirkengen og Næss ut boken *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*, og boken kom nylig i sin fjerde utgave (Kirkengen & Næss, 2021). Kirkengen forteller blant annet om sine egne oppdagelser fra 90-tallet, da hun systematisk spurte kvinner som gjennomgikk gynekologisk undersøkelse om de hadde opplevd overgrep i barndommen. Av 85 kvinner som ble spurt, var det 28 % som fortalte om seksuelle overgrep

i oppveksten (Kirkengen et al., 1993). I de større norske epidemiologiske studiene som Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT), ble et enkelt spørsmål om vanskelig barndom innført i den tredje spørreskjemaavgaven, HUNT-3 (Tomasdottir et al., 2015). Dette enkle spørsmålet viste at det å ha hatt en vanskelig barndom økte risikoen for en rekke ulike sykdommer i voksen alder, og i neste HUNT-undersøkelse (HUNT-4) ble to ekstra spørsmål om vanskelig barndom tatt med. Samlet utgjør disse tre spørsmålene en «vanskelig barndom skala». Skalaen kalles «Difficult childhood questionnaire» (DCQ) og ble tatt med og validert gjennom Fylkesundersøkelsen i Agder i 2019 (Vederhus et al., 2021).

I Norge finnes det en del studier om spesifikke erfaringer, eksempelvis seksuelle overgrep (Kirkengen et al., 1993; Mesel & B, 2017) eller det å vokse opp med foreldres rusproblem (Haugland, Carvalho, et al., 2021). Mye av det som er publisert fra Norge, er skrevet i engelske tidsskrift. Det finnes noe dokumentasjon om forekomst av vanskelige barndomsopplevelser i norske rapporter (ikke fagfelleverderte publikasjoner) eller fagtidsskrifter (Hafstad & Augusti, 2019; Steine et al., 2012). Så langt kjenner vi ikke til at noen har undersøkt hvor vanlig det er å ha en eller flere vanskelige barndomsopplevelser blant voksne i en generell norsk befolkning, og hvordan vanskeligheter i barndommen er relatert til sosiale forhold, økonomisk situasjon og psykisk helse i voksen alder.

Vanskelige barndomsopplevelser i en norsk folkehelseundersøkelse

I det følgende bruker vi norske data og beskriver hvor mange som har opplevd vanskelige barndomsopplevelser i en representativ fylkeshelseundersøkelse av voksne deltagere fra Agder i 2019. De svarte på et digitalt spørreskjema om helse, trivsel og andre forhold som har betydning for folkehelsen. I tillegg ble de spurt om følgende erfaringer fra barndommen: om foreldrene ble skilt/separert før de var 18 år, om foreldrene hadde et problematisk alkoholbruk i oppveksten, og om de opplevde manglende voksenstøtte

i oppveksten. Alkoholproblemer blant foreldres ble undersøkt med seks ulike spørsmål fra Children of Alcoholics Screening Test (CAST-6) (Hodgins et al., 1993). Eksempel på spørsmål er «Har du noen gang kranglet med en forelder fordi hun eller han drakk alkohol?» og «Har du noen gang hatt lyst til å gjemme eller tømme ut en av forelders flaske med alkohol?» Hvis deltagerne svarte ja på minst 3 av 6 spørsmål, ble det tolket som at de vokste opp med foreldres alkoholproblemer. Voksenstøtte i oppvekst ble undersøkt med et enkelt spørsmål, og de som svarte at de ikke hadde støtte i det hele tatt eller i svært liten grad, ble definert til å mangle voksenstøtte. DCQ ble brukt for at deltagerne kunne angi helhetlig *hvor vanskelig de oppfattet barndommen*, og hvor plaget de var av det nå (Vederhus et al., 2021). Dette var basert på tre spørsmål:

1. Var det mye krangling, uro, konflikter eller vanskelig kommunikasjon i barndomshjemmet?
2. Sliter du med vonde minner fra oppveksten pga. tap, svik, vanskjøtsel, vold, mishandling eller misbruk?
3. Når du tenker på barndommen/oppveksten din, vil du beskrive den som?

Svarene gis på en skala fra 1–5, som går fra «ikke i det hele tatt» til «i svært høy grad» for de to første spørsmålene og fra «svært god» til «svært vanskelig» for det siste. Et gjennomsnitt beregnes, og høyere skår indikerer en mer vanskelig barndom.

Deltagerne ble også spurt om sosiale forhold og økonomi. Oslo Social Support Scale (OSSS) ble brukt for å måle hvor sterk *sosial støtte* deltageren hadde (Boen et al., 2012). Spørsmålene handler om hvor mange personer som står en nær, om andre viser interesse for det en gjør, og om en kan få praktisk hjelp av naboer om en skulle ønske det. En høyere skår angir lavere sosial støtte, det vil si høyere sosial isolasjon. *Økonomi* ble målt med et spørsmål om hvor lett eller vanskelig det er for dem med den samlede inntekten i husholdet å få pengene til å strekke til i det daglige. Svarkategoriene ble målt på en 6-punkts skala fra «svært vanskelig» (6) til «svært lett» (1), det vil si at en høyere skår betydde en vanskeligere økonomisk situasjon. Vi målte deltager-

nes psykiske helseplager/-symptombelastning ved å bruke fem spørsmål fra Hopkins Symptom Check List (SCL-5) (Strand et al., 2003). De fem spørsmålene spør om deltageren i den siste uken hadde vært plaget av nervøsitet eller indre uro, redsel eller engstelse, en følelse av håpløshet med tanke på fremtiden, nedtrykthet eller tungsindighet og bekymring eller uro. Det svares på en 4-punkts skala fra «ikke plaget i det hele tatt» til «svært mye plaget». Et gjennomsnitt for de fem spørsmålene beregnes (skala fra 1–4), og jo høyere skår jo mer psykiske plager. De som fikk en skår på ≥ 2 , ble definert til å ha så store plager at det tilsvarer nivået hos dem som søker helsehjelp for dette (Strand et al., 2003).

Vi bruker prosenter og venndiagram for å vise hvor mange som har opplevd vanskelige barndomsopplevelser blant de spurte, og beskrive hva som kjennetegner dem vi har spurt. For å undersøke om antall vanskelige barndomsopplevelser har betydning for hvilke konsekvenser som følger i voksen alder, bruker vi lineær regresjon. Resultatene oppgis som et «stigningstall» (den lineære regresjonskoeffisienten), med 95 % konfidensintervall (KI). Stigningstallet uttrykker den gjennomsnittlige økningen i utfallsvariabelen for hver økning i antallet vanskelige barndomsopplevelser. Signifikante funn regnes som funn med p-verdi $< 0,05$.

Beskrivelse av deltagerne i undersøkelsen

Totalt sett var det 28 047 som svarte på folkehelseundersøkelsen i Agder. I denne analysen ekskluderte vi de som ikke hadde svart på alle spørsmål om vanskelige barndomsopplevelser, og vi satt igjen med $N = 27\,732$. Gjennomsnittlig alder var 47 år, og noe over halvparten var kvinner (53 %, Tabell 6.1). Om lag halvparten hadde utdanning fra høyskole og/eller universitet, mer enn 70 % var gift eller i partnerskap, og drøyt 70 % av utvalget var i arbeid (hel eller deltid), eller studerte (Tabell 6.1).

Tabell 6.1

Sosiodemografiske data om deltagerne (n = 27 732).

| Variabler | Gjennomsnitt (±standardavvik) eller antall (%) |
|--|--|
| Alder – år | 47 (±16) |
| Kjønn (andel kvinner) | 14 763 (53) |
| Utdanning (n = 27 636) | |
| Grunnskole | 3 275 (12) |
| Videregående skole el. fagutdanning | 10 974 (40) |
| Høyskole/universitet < 4 år | 6 461 (23) |
| Høyskole/universitet ≥ 4 år | 6 926 (25) |
| Samlivsforhold (n = 27 689) | |
| Gift / registrert partner | 14 860 (54) |
| Samboende | 4 615 (17) |
| Har kjæreste (som en ikke bor sammen med) | 2 203 (8) |
| Enslig | 6 011 (22) |
| Arbeid, studier eller velferdsstønad | |
| I arbeid (heltid eller deltid), eller studier | 19 927 (72) |
| Alderspensjon, uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, sosialstønad eller hjemmeværende | 7 805 (28) |

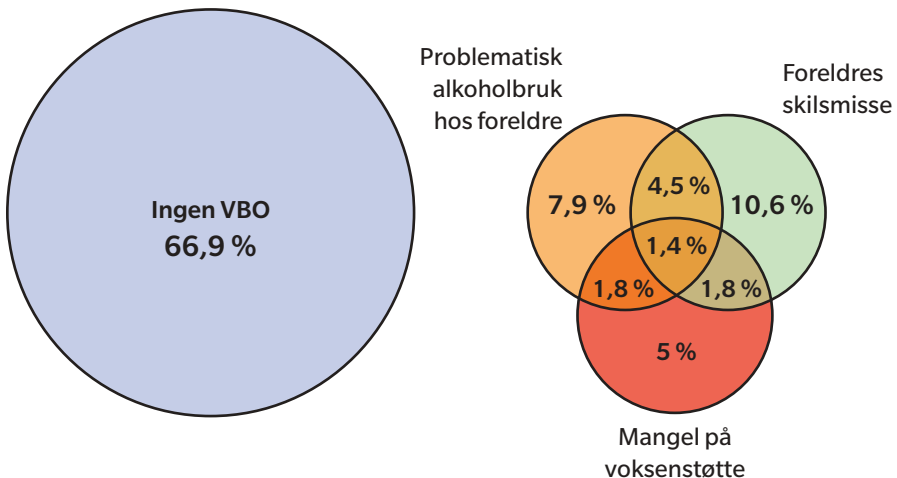
Hvor vanlig var det å ha opplevd vanskelige barndomsopplevelser?

To tredjedeler av utvalget (66,9 %) rapporterte ingen vanskelige barndomsopplevelser, 23,5 % rapporterte én, 8,2 % rapporterte to, og 1,4 % rapporterte alle de tre vanskelige barndomsopplevelsene. Fordelingen mellom de ulike vanskelige barndomsopplevelsene er illustrert i et venn-diagram i figur 6.1. Totalt sett var det 15,6 % som hadde vokst opp med alkoholproblematikk hos foreldre, 10,0 % som fortalte om mangel på voksen støtte i barndom, og

18,3 % som hadde opplevd at foreldrene skilte seg før de var 18 år, men det var noen som hadde hatt mer enn én vanskelig barndomsopplevelse. Det var for eksempel hele 38 % av dem som vokste opp med foreldrenes alkoholproblemer som også hadde opplevd skilsmisse (det vil si 5,9 % av alle deltagerne). Dette er mer enn dobbelt så høyt som i hele populasjonen sett under ett, med en skilsmisseandel på 18,3 %.

Figur 6.1

Venndiagram som viser forekomst og overlapp mellom forskjellige vanskelige barndomsopplevelser (VBO).



Vanskelige barndomsopplevelser og psykososiale konsekvenser

I denne undersøkelsen fant vi en klar sammenheng mellom det å ha opplevd vanskelige barndomsopplevelser og psykososiale utfordringer i voksen alder (Tabell 6.2). Dess flere vanskelige barndomsopplevelser, dess mer ble barndommen vurdert som vanskelig og dess større plager hadde deltagerne med vonde minner fra barndommen. De som hadde flere vanskelige

barndomsopplevelser, var også i høyere grad sosial isolert, hadde vanskeligere økonomi og hadde større psykisk helseplager. De med tre vanskelige barndomsopplevelser hadde en skår på psykiske symptombelastning tilsvarende det man forventer hos dem som søker helsehjelp for slike plager.

Tabell 6.2

Vanskelige barndomsopplevelser og psykososiale utfordringer i voksen alder.

| | 0 VBO N = 18 559 | 1 VBO N = 6 515 | 2 VBO N = 2 261 | 3 VBO N = 397 | Stigningstall m/ 95 % KI | p-verdi |
|---|---------------------|--------------------|--------------------|------------------|-----------------------------|---------|
| Vanskelig barndom skala (DCQ – skala 1–5) ^a | 1,59 (±0,66) | 2,38 (±0,97) | 3,21 (±1,01) | 3,99 (±0,82) | 0,80 (0,79–0,81) | < 0,001 |
| Sliter med vanskelige minner (skala 1–5) ^{a, b} | 1,37 (±0,78) | 2,10 (±1,20) | 2,91 (±1,31) | 3,64 (±1,20) | 0,75 (0,74–0,77) | < 0,001 |
| Sosial isolasjon (skala 0–14) ^a | 5,71 (±1,86) | 6,31 (±2,07) | 6,75 (±2,27) | 7,72 (±2,31) | 0,58 (0,54–0,61) | < 0,001 |
| Sosioøkonomi – vanskelig økonomi (skala 1–6) ^c | 2,39 (±1,23) | 2,80 (±1,40) | 3,09 (±1,45) | 3,49 (±1,58) | 0,37 (0,34–0,39) | < 0,001 |
| Psykisk symptombe- lastning (skala 1–4) ^a | 1,43 (±0,55) | 1,63 (±0,67) | 1,81 (±0,76) | 2,16 (±0,86) | 0,20 (0,19–0,21) | < 0,001 |

VBO = Vanskelige barndomsopplevelser.

DCQ = Difficult Childhood Questionnaire.

Stigningstall = gjennomsnittlig økning i utfallsskåren per økning i antall barndomsbelastning.

P-verdi fra univariat lineær regresjonsanalyse.

± brukes som tegn for standardavvik.

^a Høy skår er mer vanskelig, mer plaget eller mer isolasjon.

^b Dette spørsmålet inngår i DCQ, men angis her separat fordi det omhandler hvor plaget en er av barndommen i voksen alder.

^c Høy skår betyr vanskeligere økonomi.

Diskusjon

Forekomst av vanskelige barndomsopplevelser blant voksne i Agder

Vi fant at nesten en fjerdedel av deltagerne hadde opplevd minst en av de vanskelige barndomsopplevelsene det ble spurt om (23,5 %). Dette ligger på samme nivå som er funnet for voksne i en lignende aldersgruppe i Europa, men andelen er betydelig lavere enn i den europeiske unge voksne-undersøkelsen (18–25 år), der nær halvparten oppgav minst én vanskelig barndomsopplevelse (Sethi et al., 2018). Forskjellen kan delvis skyldes en særlig høy forekomst av vanskelige barndomsopplevelser i noen europeiske land, samt at det i folkehelseundersøkelsen i Agder ikke ble spurt systematisk om alle de vanskelige barndomsopplevelsene som det ble spurt om i den europeiske studien og som det er vanlig å spørre om i typiske ACE-studier. Det ble spurt om ni forskjellige vanskelige barndomsopplevelser i den europeiske unge voksne-studien, som la originalskjemaet til ACE studien til grunn.

Det var nesten 1 av 6 voksne i Agder som hadde opplevd å være barn og unge pårørende til foreldre med et problematisk alkoholbruk. Det synes å være et høyt tall og var en nesten like stor andel som hadde skilsmisse/separasjon hos foreldrene (15,6 % versus 18,3 %). Noen vil kanskje hevde at skilsmisse blant foreldre er såpass vanlig at det ikke bør regnes som en vanskelig barndomsopplevelse. Forskning viser likevel at det er en signifikant relasjon mellom foreldres skilsmisse og for eksempel depresjon, selvmordsforsøk/selv mord, angst og risikofaktorer som alkohol og annen rusbruk (Auersperg et al., 2019). I studien her kunne vi ikke skille ut den separate effekten av hver enkelt vanskelige barndomsopplevelse på psykiske helseplager, men i en tidligere studie ble vi overrasket av at foreldres skilsmisse hadde en like negativ sammenheng med psykisk helse og livskvalitet som problematisk alkoholbruk blant foreldrene (Vederhus et al., 2022).

Noen opplever flere vanskeligheter i barndommen enn andre

Studien viser at noen hadde flere vanskelige barndomsopplevelser. Spesielt var dette synlig for skilsmisse og problematisk alkoholbruk hos foreldre. Å være nær pårørende til noen som har problemer med rusmiddelbruk, fører til bekymring og belastning over tid, og det kan ha en negativ innvirkning på den pårørendes egen psykiske helse. En norsk studie blant pårørende til

mennesker med rusmiddelavhengighet fant at de hadde klare belastnings-symptomer, familiens funksjon som en familie var nedsatt, og familieklimaet ble beskrevet som konfliktfylt (Vederhus et al., 2019), noe som kan ha bidratt til brudd i relasjoner.

Vi finner altså det samme i denne norske befolkningsstudien som i andre ACE studier: Én vanskelig barndomsopplevelse gir en økt risiko for å oppleve andre vanskelige barndomsopplevelser (Anda et al., 2002). Det kan også bemerkes at 17 % (3,2 % av 18,3 %, Figur 6.1) av de som opplevd foreldres skilsmisse, hadde samtidig opplevd mangel på voksenstøtte i barndom. Det sier noe om hvor viktig det er at foreldre, i familiesituasjoner som kan være vanskelige, likevel klarer å sikre at barna opplever voksenstøtte fra minst én voksen, og slik sett kan redusere de mulige psykiske skadevirkninger på lang sikt. Nettopp dette påpekes i tidligere forskning om det å vokse opp med problematisk alkoholbruk blant foreldre; at det er viktig å tenke på faktorer som kan bygge resiliens og motvirke negative konsekvenser. Det kan skje ved å sørge for mest mulig støtte fra voksne til utsatte barn, enten innad i familien eller fra noen utenfor familien: en venn, en lærer, en helsesøster eller andre (Park & Schepp, 2015).

Jo flere vanskelige barndomsopplevelser, jo større risiko for senere psykososiale utfordringer

I tråd med annen forskning på dette feltet fant vi at de som har flere vanskelige barndomsopplevelser, i større grad hadde psykiske helseplager. Gjennomsnittsskåren for de som hadde tre vanskelige barndomsopplevelser i vår studie, lå også over det som regnes som en klinisk grenseverdi (> 2). Det sier noe om belastningen av de psykiske plagene en «bærer med seg» opp i voksen alder, og samstemmer godt med oppsummering av ACE-studien: Vanskelige barndomsopplevelser setter avtrykk i sinnet som varer langt opp i voksen alder (Felitti & Anda, 2010).

De som hadde hatt vanskelige barndomsopplevelser, angir også i større grad å ha en vanskelig økonomisk situasjon som voksen. Det kan tenkes at denne sammenhengen eksisterte allerede da deltagerne var barn, fordi vanskelige barndomsopplevelser er vanligere blant barn som vokser opp i familier med vanskeligere sosioøkonomiske forhold (Metzler et al., 2017). Antagelig er sammenhengen mer komplisert, fordi det har vist seg at vanskelige barn-

domsopplevelser kan føre til dårligere tilknytning til skole- og arbeidsliv, også uavhengig av familiens økonomiske situasjon (Hardcastle et al., 2018; Houtepen et al., 2020). Dette er også funnet i en nordisk setting, og en svensk studie viste at de som vokste opp med foreldres rusmiddelproblem hadde større sjanse for å stå utenfor skole- og arbeidsliv i ung voksen alder (Welford et al., 2022). Hvis vanskelige barndomsopplevelser øker risikoen for eksklusjon fra utdanning- og arbeidsliv, vil dette kunne medvirke til en vanskelig økonomisk situasjon i voksenlivet.

Vi fant også at sosial isolasjon i voksenlivet øker med økende antall vanskelige barndomsopplevelser. Forklaringen på dette er antagelig kompleks. På den ene siden kan vansker i barndommen gjøre det vanskeligere å utvikle stabile relasjoner og trygg relasjonskompetanse, og dette kan følge personen inn i voksenlivet. Videre kan nettopp dette at flere av dem med vanskelige barndomsopplevelser får psykiske helseplager, bidra til å øke risikoen for sosial isolasjon (Richter & Hoffmann, 2019). Andre studier har funnet at flere av dem som har vanskelige barndomsopplevelser og/eller psykiske helseproblemer, har dårlig økonomi, noe som samlet sett kan bidra til mer sosial isolasjon (Topor et al., 2016).

Tverrsnittdesignet i denne studien gjør at vi kan ikke trekke slutninger om årsak-virkning på basis av de sammenhengene som er avdekket, og en kan ikke utelukke at det finnes andre bakenforliggende faktorer som kan forklare sammenhengene.

Kliniske implikasjoner

Studien viser at selv i en større, representativ befolkningsundersøkelse i Norge finner vi at vanskelige barndomsopplevelser gir plager helt opp i voksen alder. En kan derfor regne med at dette er en høyst aktuell problematikk i helse- og velferdstjenester, kanskje spesielt innenfor spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vederhus et al. (2022) anbefaler å bruke det enkle DCQ-skjemaet til systematisk å kartlegge og sjekke ut om vanskelige barndomsopplevelser er en aktuell problematikk. Hva gjør en så hvis en gjennom en slik kartlegging eller gjennom en klinisk samtale finner ut at pasienter har traumatiske opplevelser fra barndommen og strever med minner fra fortiden? Felitti sitt enkle budskap er at vi ikke trenger å være avanserte traumeterapeuter for å våge å gå inn i tematikken.

Han anbefaler å stille ett enkelt spørsmål og så la pasienten si det han/hun vil (eller ikke vil) om tematikken. I sammenheng med bruk av DCQ kan det for eksempel formuleres slik: «Jeg ser at du skårer høyt på temaet om vanskelige barndomsopplevelser, hvordan har dette preget livet ditt nå som voksen?». Deretter skal en bare lytte til det pasienten har å si. Erfaringene fra ACE-forskningen var at det å våge å spørre, lytte til og akseptere det som blir sagt, er det viktigste vi kan gjøre (Felitti, 2019). Uansett om pasienten ikke ønsker å si noe særlig, kan et slikt spørsmål bidra til å sette i gang en refleksjon som kan føre til større innsikt i sammenhengen mellom vanskelige barndomsopplevelser og nåværende helsesituasjon.

Felittis forslag kan oppfattes som en «brief intervention». Hemmeligheten ved en slik spørsmålsstilling, på samme måten som spørsmålsstillingene i DCQ, er at en beholder en forsiktig, delvis indirekte tilnærming. Konsekvenser for her og nå står i fokus, og en går ikke direkte inn i en utforskning av selve traumet/-ene. Dette er spesielt viktig innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, da direkte utforskning av traumer kan reaktivere vanskelige emosjoner og føre til økt rusbruk i et forsøk på å håndtere dem. Direkte utforskning av traumet/-er oppfattes derfor som kontraindisert, og det anbefales å ha en solid rusfri periode og en rimelig god livsmestring generelt før en eventuelt tar fatt på en slik direkte utforskning eller fortolkende psykodynamisk terapi (Najavits, 2002, s. 14). Vi håper at oppfordringen til å ta i bruk det enkle kartleggingsverktøy DCQ og Felittis «brief intervention»-metode, som beskrevet over, kan gi helse- og sosialpersonell trygghet til å utforske temaet i kliniske samtaler, gi positive samtaleerfaringer og kunne bidra til at pasienter som bærer på tunge byrder fra barndommen, kan få hjelp til å mestre konsekvensene av disse. Da kan de også i større grad åpne opp for å se sammenhenger med negative livsstilsmønstre i voksen alder. Det gir en mulighet til å kunne endre slike negative mønstre i positiv retning.

Referanser

- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R. & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001–1009. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.8.1001>
- Auersperg, F., Vlasak, T., Ponocny, I. & Barth, A. (2019). Long-term effects of parental divorce on mental health – A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 119, 107–115. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.09.011>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Hardcastle, K. A., Sharp, C. A., Wood, S., Homolova, L. & Davies, A. (2018). Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: A retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance. *BMC Public Health*, 18, 792. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5699-8>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D. & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 4(10), e517–e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Boen, H., Dalgard, O. S. & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 12, 27. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-27>
- Felitti, V. J. (2019). Origins of the ACE Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 787–789. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.02.011>
- Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: Implications for healthcare. I R. A. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (Red.), *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic* (s. 77–87). Cambridge University Press.
- Felitti, V. J., Jakstis, K., Pepper, V. & Ray, A. (2010). Obesity: Problem, solution, or both? *The Permanente Journal*, 14(1), 24–30. <https://doi.org/10.7812/TPP/10.996>
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R. & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 14. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-14>
- Goldblatt, P., Castedo, A., Allen, J., Lionello, L., Bell, R., Marmot, M., Heimburg, D. v. & Ness, O. (2023). *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014* (03/23). The UCL Institute of Health Equity.
- Hafstad, G. S. & Augusti, E.-M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år* (Rapport nr. 4/2019). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Jokela, M., Ferrie, J. E., Aalto, A. M., Virtanen, M., Kivimäki, M., Vahtera, J. & Elovainio, M. (2016). Structural and functional aspects of social support as predictors of mental and physical health trajectories: Whitehall II cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(7), 710–715. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206165>

- Hardcastle, K., Bellis, M. A., Ford, K., Hughes, K., Garner, J. & Ramos Rodriguez, G. (2018). Measuring the relationships between adverse childhood experiences and educational and employment success in England and Wales: Findings from a retrospective study. *Public Health*, 165, 106–116. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.09.014>
- Haugland, S. H., Carvalho, B., Stea, T. H., Strandheim, A. & Vederhus, J. K. (2021). Associations between parental alcohol problems in childhood and adversities during childhood and later adulthood: A cross-sectional study of 28,047 adults from the general population. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00384-9>
- Haugland, S. H., Dovran, A., Albæk, A. U. & Sivertsen, B. (2021). Adverse childhood experiences among 28,047 Norwegian adults from a general population. *Frontiers in Public Health*, 9, 711344. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.711344>
- Hodgins, D. C., Maticka-Tyndale, E., el-Guebaly, N. & West, M. (1993). The CAST-6: Development of a short-form of the Children of Alcoholics Screening Test. *Addictive Behaviors*, 18(3), 337–345. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(93\)90035-8](https://doi.org/10.1016/0306-4603(93)90035-8)
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Houtepen, L. C., Heron, J., Suderman, M. J., Fraser, A., Chittleborough, C. R. & Howe, L. D. (2020). Associations of adverse childhood experiences with educational attainment and adolescent health and the role of family and socioeconomic factors: A prospective cohort study in the UK. *PLoS Medicine*, 17(3), e1003031. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003031>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Hughes, K., Bellis, M. A., Sethi, D., Andrew, R., Yon, Y., Wood, S., Ford, K., Baban, A., Boderscova, L., Kachaeva, M., Makaruk, K., Markovic, M., Povilaitis, R., Raleva, M., Terzic, N., Veleminsky, M., Wlodarczyk, J. & Zakhosha, V. (2019). Adverse childhood experiences, childhood relationships and associated substance use and mental health in young Europeans. *European Journal of Public Health*, 29(4), 741–747. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz037>
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2021). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Kirkengen, A. L., Schei, B. & Steine, S. (1993). Indicators of childhood sexual abuse in gynaecological patients in a general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11(4), 276–280. <https://doi.org/10.3109/02813439308994843>
- Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T. & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 69, 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
- Merz, E. M. & Jak, S. (2013). The long reach of childhood: Childhood experiences influence close relationships and loneliness across life. *Advances in Life Course Research*, 18(3), 212–222. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2013.05.002>

- Mesel, T. & B. V. (2017). *Vilje til frihet: En manns fortelling om barndom og overgrep*. Portal Forlag.
- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A. & Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72, 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.021>
- Najavits, L. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. Guilford Press.
- Olsen, T. K. (2020). Fedme. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 21. september 2022 fra <https://sml.snl.no/fedme>
- Park, S. & Schepp, K. (2015). A systematic review of research on children of alcoholics: Their inherent resilience and vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1222–1231.
- Pickett, K. E. & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*, 128, 316–326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>
- Richter, D. & Hoffmann, H. (2019). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: Results from the Swiss Health Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 427–435. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000786>
- Santini, Z. I., Stougaard, S., Koyanagi, A., Ersbøll, A. K., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Madsen, K. R., Meilstrup, C., Stewart-Brown, S. & Koushede, V. (2020). Predictors of high and low mental well-being and common mental disorders: Findings from a Danish population-based study. *European Journal of Public Health*, 30(3), 532–538. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa021>
- Sethi, D., Yon, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I. & Meinck, F. (2018). *European status report on preventing child maltreatment*. World Health Organization.
- Steine, I. M., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I. H., Mrdalj, J. & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(10), 950–957.
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113–118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Tomasdottir, M. O., Sigurdsson, J. A., Petursson, H., Kirkengen, A. L., Krokstad, S., McEwen, B., Hetlevik, I. & Getz, L. (2015). Self-reported childhood difficulties, adult multimorbidity and allostatic load: A cross-sectional analysis of the Norwegian HUNT Study. *PLoS One*, 10(6), e0130591. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130591>
- Topor, A., Ljungqvist, I. & Strandberg, E.-L. (2016). The costs of friendship: Severe mental illness, poverty and social isolation. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 8(4), 336–345. <https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1167947>
- Vederhus, J. K., Haugland, S. H. & Timko, C. (2022). A mediational analysis of adverse experiences in childhood and quality of life in adulthood. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 31(1), e1904. <https://doi.org/10.1002/mpr.1904>
- Vederhus, J. K., Kristensen, O. & Timko, C. (2019). How do psychological characteristics of family members affected by substance use influence quality of life? *Quality of Life Research*, 28(8), 2161–2170. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02169-x>

- Vederhus, J. K., Timko, C. & Haugland, S. H. (2021). Adverse childhood experiences and impact on quality of life in adulthood: Development and validation of a short difficult childhood questionnaire in a large population-based health survey. *Quality of Life Research*, 30(6), 1769–1778. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02761-0>
- Walsh, D., McCartney, G., Smith, M. & Armour, G. (2019). Relationship between childhood socioeconomic position and adverse childhood experiences (ACEs): A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(12), 1087–1093. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-212738>
- Welford, P., Danielsson, A. K. & Manhica, H. (2022). Parental substance use disorder and offspring not in education, employment or training: A national cohort study of young adults in Sweden. *Addiction*, 117(7), 2047–2056. <https://doi.org/10.1111/add.15807>

Frydenlund, J. H. (2025). Det potensielle regime: Mot en forebyggelseslogikk med måtehold. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 125–139). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550207>

Kapittel 7

Det potensielle regime

Mot en forebyggelseslogikk med måtehold

Jonas Højgaard Frydenlund

Det er noen ting jeg helst ikke vil vite. Jeg syns nesten at helt sia Gomlera kom til Oxford, så har'e ikke vært annet enn dårlig nytt. Aldri noe som var bra i mer enn fem minutter om gangen. Sånn som nå, dette badet er godt, og det henger et godt varmt håndkle der, og det er vel en fem minutter unna. [...] Men etter det – nei, jeg veit ikke, jeg, Lyra. Vi har sett noen gruelige greier, hva? Og fler blir det, sikkert. Så jeg trur like godt jeg ikke vil vite hva framtida bringer. Jeg holder meg til akkurat nå. – Roger Parslow.

Fra «Det gylne kompasset» av Phillip Pullman

Å tenke er å være klar for å motta, hva tanken ikke er klar for å tenke.

Lyotard (1989, s. 17, min oversettelse)

Nesten alle er enige om at forebygging er den beste veien å gå for å sikre god psykososial helse. Forebygging er her et bredt begrep som både handler om å redusere risiko for sykdom og skade før større behandling trengs, og om å fremme helse og livskvalitet for et best mulig liv (Mæland, 2021). Vi har alle et potensial vi ikke må la gå til spille. Barn har en særlig rett til dette, hvor skolen fremheves som stedet for forebygging og tilrettelegging (Meld. St. 15 (2022–2023)). Men helst skal vi ha «tidlig innsats» i barnehagen (Meld. St. 6 (2019–2020)), hvor vi kan få mer effekt for mindre kostnad. Forebygging beveger seg til og med ned til før barnets fødsel, hvor vordende foreldre ikke bare anbefales å kutte ut alkohol, men også å trene fysisk for å forebygge mulig sykdom og fremme god utvikling for det potensielle barnet. Hvem kunne da være imot dette?

Som det allerede kommer frem i det ovenstående, har denne forebyggingens logikk ikke noen naturlig stopp. Den har en konstant beherskelses-trang: Det er alltid mer av ditt eget eller andres liv du kan ta kontroll over for å unngå uønskede forhold og fremme det ønskede (Schmidt & Kristensen, 2018). Derfor kunne listen ovenfor også ha inkludert genmodifisering av ufødte barn, kontroll av seksuelle partnere og eugenikken, som var populær før naziregimets effektive utførelse (se Rose, 2001). Det er selvfølgelig langt fra nazikontrollen av den menneskelige rase til å lage handlingsplaner for barn som har begynt å erte andre, men poenget mitt er at det er den samme forebyggingslogikken som ligger bak: Det er fremtiden, heller enn nåtiden, som vi styrer våre handlinger etter. Av denne grunn retter dette kapitlet seg ikke mot en bestemt måte å drive forebygging på (se ev. Mæland, 2021), men

dens formål er hellere å presentere en rekke verktøy til å reflektere over selve *forebyggingslogikken*, slik at den ikke tar overhånd, men heller bedrives med måtehold. Med måtehold mener jeg at vi skal søke å begrense den beherskelses-trang som ligger i forebyggingslogikken.

Kapitlets kunnskapsbidrag består i å sette søkelys på denne logikken, som ellers ofte ignoreres, så vel som i å gi en rekke redskaper til å reflektere over denne. Det første verktøyet er å kunne gjenkjenne og forstå forebyggingslogikken og hvordan den sprer seg ut til flere områder av livet – denne utbredelsen kaller jeg «det potensielle regime», hvor det er barna som settes i fokus i dette kapitlet. Verktøy nummer to er en utforskning av hvordan det potensielle regime vikler seg sammen med tillit og selvforståelse. Det tredje verktøyet er et kritisk blikk på vitenskapens rolle i det potensielle regime. Til slutt foreslår jeg en alternativ forståelse av fremtiden, som inviterer til felles nysgjerrighet og åpenhet for det ukjente. I alle fire avsnitt inviterer jeg til videre tenkning over og utvikling av hvordan måteholden forebygging kunne se ut.

Verktøy: «Det potensielle regime»

Forebyggingslogikken

Forebyggingslogikken bygger på en forståelse av fremtiden som «potensial». Potensial kan forstås som «hvis bare»-situasjoner, der vi med etterpåklokskapens øyne ser mot fremtiden (Bergson, 2014). De oppstår gjerne i maktesløshets situasjoner, som alvorlig rusmisbruk eller selvmord, der vi opplever å ha kommet for sent. Eksempelvis husker jeg tydelig en konferanse hvor hovedtaleren fortalte om en skoleskyting og den tragiske historien som lå bak gutten som begikk det, her parafraisert: «Hvis bare ... Hvis bare noen hadde gjort noe tidligere, hadde sett de tidlige *tegnene* og gjort noe. Da kunne vi ha unngått denne totale tragedien». Disse tegnene, «sosial isolasjon» og «fravær fra skolen», fungerer som synliggjøring av en potensiell fremtid i nåtiden. På samme måte som røyk er tegn på ild, blir fravær tegn på en glidebane mot kriminalitet og/eller psykososial uhelse. Denne potensielle fremtiden er ikke umiddelbart synlig, men krever et arbeid. Å fortelle historien om skoleskytingen er å bedrive «potensialarbeid», som gir en ennå fraværende fremtid en

«tilstedeværelse» som er mulig å forholde seg til i nåtiden. Den samme logikken er underliggende i det som Rose (2007, s. 6) kaller «optimering»: å handle i nået for å oppnå en ønsket fremtid. Jeg husker eksempelvis en elev-hjem-samtale der et barn fikk vite av sin lærer: «Du er din egen verste fiende. Akkurat nå gjør du så mye her (viser fingre tett på hverandre), og du får fortsatt jevne karakterer. Tenk på hva du kunne oppnå hvis bare du gjorde litt mer!». I tilretteleggelsen for den gode fremtiden kan du alltid gjøre litt mer (se Gaudet, 2023).

Poenget er at forebyggingslogikken intensiverer det som står på spill i den nåværende situasjonen, ved å gjøre en potensiell fremtid synlig. Her går jevne karakterer fra å være bra til å være tegn på utnyttet potensial og latskap. Fravær og sosial isolasjon går fra å være en uønsket situasjon vi må gjøre noe med, til å være en krisesituasjon vi må gjøre noe med nå. Dette vil ofte være moralsk ladet: Forebyggingen viser en dystopi, mens tilretteleggelsen viser en utopi – begge endrer måten vi forstår og handler på i vår nåværende situasjon.

Det potensielle regime

Begrepet «det potensielle regime» har sin inspirasjon fra Foucault (1977), og peker på hvordan en rekke ulike elementer samles omkring en praksis som styrer folks liv etter en potensiell fremtid. Styring skal her ikke forstås i sin vanlige betydning, men heller gjennom «dirigering av handlinger» – Foucaults (1982) definisjon av makt. Potensialene dirigerer måten vi dirigerer våre handlinger på, ved å endre situasjonens betydning. Det gir for eksempel mening å begrense alkoholbruk på tvers av befolkningen, når vi vet at alkohol har potensial for skadelige effekter for alle. Begrepet kan hjelpe oss med å undersøke hvordan det blir mulig, legitimt og alminnelig for oss å tenke slik, med det formål å kritisk reflektere over noen av konsekvensene av dette.

Det potensielle regime hos barn

Det er ikke noen ny tanke at barns liv styres i lys av fremtiden. Studier av barndom har lenge pekt på at barns posisjon i samfunnet, hjemmet og i teori er sterkt knyttet til de voksne de vil bli. Prout og James (1997) forteller at dette ble særlig viktig etter psykoanalysen og senere tilknytningsteoriens forskning, som sier at mange voksnes problemer kan forklares ut fra deres barndom. Barndommen intensiveres til en særlig sensitiv periode (Wyness,

2019). Det bør nevnes at dette har møtt motstand i forskning, hvor det flere steder i dag er søkelys på barnelivets egenart og ikke kun dets konsekvenser for den «ferdige voksne» (Juhl, 2022). Barn er dessuten ikke en universell størrelse; de kan for eksempel tenkes annerledes ut fra kjønn, klasse, geografi og religion, hvor oppmerksomheten på barns potensial for eksempel er større i den amerikanske middelklassen enn i arbeiderklassen (Lareau, 2011). Likevel er det vanlig å tenke at vi voksne bedre kan gjennomskue konsekvensene av barns handlinger. Denne fremtiden gjør noe med handlingsrommet til oss voksne. Det gir oss en rett, ja, faktisk en plikt, til å ta ansvar og kontroll over barnas liv. Men dette er også en måte vi holder barn ute fra situasjoner der de selv kan bestemme over sine egne livsbetingelser, fordi vi mener å vite barns beste (Oakley, 1994). I noen tilfeller kan dette legitimere handlinger som er umiddelbart skadelige, fordi de tenkes å bringe et bedre liv i fremtiden. Dette ses for eksempel i bruk av koronavaksiner eller i ideen om å gjøre det mindre hyggelig hjemme, slik at barn får mer lyst til å gå på skole (for eksempel på fravær, se Havik, 2016; for medisineksempel, se Moynihan et al., 2012).

Poenget er at det potensielle regime gir et stort handlingsrom for oss voksne til å ta ansvar for og kontroll over barns liv. Dermed risikerer vi en forskyvning av hvem som har rett til å bestemme situasjoners betydning, og hva som er riktig å gjøre. Dette er ikke nødvendigvis problematisk – det er et vilkår for menneskelivet at voksne har ansvar for barns liv. Å overlate barn til seg selv er også problematisk, hvor Kvale (2004) for eksempel argumenterer for at de da heller forføres av markedets lokkende krefter og reklamer. Kanskje den måteholdne forebyggingen kunne lete etter måter å støtte barn i medbestemmelse av hva som er riktig å gjøre, uten å la dem stå med ansvaret for dette?

Verktøy: Verdier settes på spill

Det potensielle regime gjør en forskjell for hvordan vi jobber med andre mennesker i psykososial helse. Her skisserer jeg hvordan det kan påvirke tilliten og selvforståelsen. Presentasjonen her skal ses som eksempler på hvor jeg ser logikken utspille seg i praksis, og som oppmerksomhetspunkter der jeg mener det er verdt å reflektere over forebyggingslogikken.

Tillit

Under det potensielle regime legitimeres en ettersøkning etter tegn på at folk kunne trenge hjelp – før de virkelig trenger den. Men denne ettersøkningen er ikke en nøytral informasjonssøkning, men heller en aktivitet som forteller noe. Dette kan både styrke så vel som å sette tilliten på spill.

På den ene siden kan denne letingen føre til at vi ser ting vi ikke ellers ville ha sett, fordi det er utenfor vår vitenssfære. Legen kan for eksempel via et trent blikk og instrumenter som blodprøver gjenkjenne tegn på sykdommer før vi får plagsomme symptomer. Vi kan stole på at profesjonelle ser tegn i våre liv og vil fortelle dem til oss i tide. Motsatt har Giddens argumentert for at det også kan føre til mindre tiltro til ens egen opplevelse av helse, og invitere til mer engstelig egenkontroll av tegn på dårlig helse (Rebughini, 2021). De samme tegnene kan også brukes for å få profesjonelle til å ta vår lidelse alvorlig, hvor eksempelvis tegn på psykiatriske diagnoser kan føre til økt hjelp. Motsatt gjør den allmenne kjennskap til disse tegnene også at mennesker med lidelser som ikke vises gjennom kjente symptomer, har en tendens til å få mindre hjelp, rett og slett fordi vi ikke gjenkjenner dem på samme vis som sykdom (Knage, 2023). Kanskje den måteholdne forebyggingen kunne søke et språk som lar folk bli tatt seriøst, selv om lidelsen ikke «ligner» eller «gjøres» helt riktig?

Men selve letingen kan også sette tilliten på spill – her forstått som en gjensidig tro på at folk gjør det de skal. I mine egne studier av fravær fra skolen førte letingen etter barns problemer til økt mistillit hos lærerne til både barn og foreldre. Ikke fordi skolepersonalet ønsket det – tvert imot – men fordi letingen etter hvem sitt fravær som var tegn på en dårlig utvikling, nødvendigvis krevde en del granskning av folks grunner til fravær. Når barn og foreldres handlinger ikke lenger vekket automatisk tillit – men heller ble gransket – måtte de forsvare sine handlinger overfor skolepersonalet, hvilket fikk en gjensidig mistillit til å vokse frem (Frydenlund, 2023). Jordal (2023) har et lignende poeng i sine studier, hvor hun beskriver hvordan problemer med fravær fører med seg at foreldre plutselig må forklare og forsvare alle mulige deler av sitt liv – både overfor seg selv og for profesjonelle; som foreldrestil, soverytmer, holdninger til dataspill osv. – for å bevise at de har barnets beste for øye og evner til å håndtere det. Munck og Marshalls (2023) studie av tidlig innsats tilføyer at det er ulikheter i hvem vi er bekymret for, med minoritetsgrupper og normbrytere som særlig utsatte. Letingen etter tegn kan bli et bekymringsblikk som kaster en skygge av mistillit over folks liv. Bevisbyrden

forskyves, hvor det ikke lenger er skylden som skal bevises – fordi den ligger allerede som potensial i tegnet – men heller uskylden.

Det er viktig å huske at noen ganger er det verdt å sette tilliten på spill, men spørsmålet er da: Når er det dette? Kanskje den måteholdige forebyggingen skal begrense sin leting etter tegn uten å droppe den helt, gjennom å få et reflektert forhold til sin egen bekymring? Kanskje en mulighet vi kunne prøve, er å være nysgjerrige sammen med dem vi er bekymret for, slik at tegn kan forstås i konteksten av deres liv?

Selvforståelse

For å forstå det potensielle regimets effekt på vår selvforståelse trekker jeg på Foucaults (1988) begrep om «selv-teknologier». Selvet konstitueres av måten vi får øye på oss selv på og gjør oss selv gjenkjennelige (Butler, 2017), og selv-teknologiene er disse «speilene». Noen former for liv blir gjenkjennelige som ønskerverdige, noen som uønskede, og noen blir rett og slett umulige å gjenkjenne. Sistnevnte kaller Fricker (2013) «hermeneutisk urett». Alle beskrivelser er ufullstendige (Packer, 2011), og det å bruke potensielle fremtider gjør kun noe av barns liv synlig. Eksempelvis husker jeg en jente som fortalte meg at hun holdt seg borte fra skolen, blant annet fordi hun opplevde å lære mer utenfor skolen, men likevel konkluderte hun med at det nok var henne som var dum – skolen er jo for hennes eget beste. Det var ingen positive forståelser av skolefravær tilgjengelige for henne, men massevis av bilder på en dårlig fremtid som konsekvens av fraværet, og derfor ble hun i stand til å oppfatte seg selv som en fare for sin egen utvikling, og det ble feil å se skolen som uviktig (se også Frydenlund, 2022b).

Selvteknologier er en form for makt vi utøver på oss selv, ved å bruke ideer som kommer utenfra, for å forstå og konstituere oss selv. Makten kommer på denne måten innenfra og er produktiv fordi den muliggjør et syn på deg selv. Men makten er ikke determinerende, den er åpen for motstand og nye måter å forholde seg til. Et godt eksempel på dette er prestasjonskulturen som lenge har vært kritisert for å føre til økt stress (Petersen & Madsen, 2023). Her presterer elever og studenter for å oppnå sitt fulle potensial, som ses gjennom gode karakterer. Meier (2023) beskriver flere tilfeller hvor videregående studenter forholder seg aktivt til disse prestasjons«speilene». For eksempel en jente som er motivert for å prestere i skolen for å gjøre sin lærer fornøyd, men samtidig

føler skam over denne motivasjonen, fordi det ikke er for hennes egen skyld at hun utfyller dette potensialet. Jenten viser en splittelse i hvordan hun skal forholde seg til prestasjon, og denne splittede forholden seg viser seg i skammen, som hun så igjen også forholder seg til for å stille spørsmål ved prestasjon som mål. Meiers poeng er at fordi mennesket alltid forholder seg til måten det forholder seg til seg selv på, så skal vi heller forstå prestasjon (og potensial) som en meningshorisont som de unge fra kulturen nødvendigvis må forholde seg til.

Poenget er altså ikke at det potensielle regime nødvendigvis fører til hermeneutisk urett. Effektene dette har på selvet avhenger av folks kontinuerlige forhold til seg selv. Poenget er at det potensielle regime setter en ramme for forståelser av barnelivet, som barn (og voksne) blir nødt til å forholde seg til. Hva hvis den måteholdne forebyggingen hadde en oppmerksomhet på folks kontinuerlige og aktive forhold til seg selv?

Verktøy: Vitenskapens rolle

Vitenskapens fremgang har gjort en stor forskjell for hvordan vi forstår fremtiden, hvor særlig statistikken har vært viktig som måte å prøve å forutse fremtiden (Hacking, 2006). Mens vi tidligere så fremtiden som en vei allerede lagt av Gud, mener jeg vi i dag ser oss selv som stående i et konstant veikryss, der vi har mange forskjellige potensielle veier å gå av forskjellig statistisk sannsynlighet. Noen veier går mot fordervelse, andre fører mot våre drømmer, men få er helt nøytrale. I veikrysset er fremtiden usikker, men den kommer helt sikkert, og derfor blir vi nødt til å handle nå (se også Rose, 2001). Vitenskapen gir oss muligheten til å få øye på alle disse veiene, og derigjennom opplever vi fremtiden som en rekke valgmuligheter.

Hultqvist (2004) argumenterer på lignende vis for at normalfordelingen historisk spiller en sentral rolle for fremkomsten av fremtiden som styringsmekanisme rettet mot barn. Normalfordeling er et statistisk begrep som beskriver at innenfor en måling, for eksempel av lesehastighet, vil langt de fleste personer ligge rundt en middelvei. De fleste klarer seg «normalt», mens noen få klarer seg dårligere eller bedre. Ut fra dette vil det være mulig å regne på hvilke andre faktorer som er forbundet med bedre og dårligere lesehastighet.

Vi lærer at det å ha norsk som andrespråk eller mye fravær er en risikofaktor for å ha under normal lesehastighet. Motsatt er det å ha velutdannede foreldre forbundet med et potensial for å ha bedre lesehastighet (Gottfried & Hutt, 2019). Dette gjør det mulig å gjenkjenne norsk som andrespråk og fravær som tegn som peker på at barnet potensielt ikke utvikler god lesehastighet – derfor skal det intervenseres her. Vitenskapen blir på denne måten en leverandør av tegn vi kan se etter, for å bedømme hvilke potensielle fremtider som ligger i vår nåværende situasjon. Vitenskapen muliggjør dermed at situasjoner som ikke før var problemer i seg selv, nå kan bli relevante intervensjonspunkter (se også Haslam, 2016).

Det er viktig å her fremheve at dette er et moralsk foretagende, idet vi måler på det vi er interessert i å kunne gjøre noe med. Ifølge Hultqvist (2004) er det særlig velferdsstatens logikker som styrer hvilke ting vi måler på overfor barn. Velferdsstaten utvikler seg selvfølgelig også, og i denne konteksten er det særlig New Public Management-logikken som er relevant: Den setter søkelys på telling og måling av forskjellige indikatorer for å kunne forbedre konkurransedyktighet (Knafo, 2020). Gode karakterer i skolen er for eksempel noe staten særlig er interessert i, fordi det blant annet kan brukes som tegn på global konkurransevne i fremtiden. Hertil tilføyes det at disse tegnene ikke bare er noe som profesjonelle ser etter, men også er noe som folk bruker for å forstå og styre sine egne liv (Hacking, 2004). For eksempel så vi ovenfor (i kapitlet) hvordan studenter må forholde seg til prestasjon i skolen i deres livsførsel. En viktig tilføyelse til dette argumentet er at vitenskapen også gir disse tegnene en legitimitet som «objektive», hvorfor de er vanskelige å gjøre motstand mot (se eksempelvis Frydenlund, 2022a). Fra dette argumenterer Hultqvist (2004, s. 181) at «nasjonen subjektiveres», ved at individer blir forvaltere av sine (samfunnsbestemte) potensial gjort synlige som valgmuligheter de selv har ansvaret for.

Poenget er ikke at vi bør stoppe å bedrive statistisk vitenskap. Det er en av de beste metodene vi har i dag for å hjelpe oss med å forstå konsekvensene av det vi driver med. Det viktige er å ikke forstå statistikk som et skjebnebegrep. Fra statistisk forskning kommer også en god motgift mot de skjebnehistorier som for eksempel kan bygges opp om risikofaktorer. Det viser seg nemlig i longitudinelle studier av folks liv at de fleste med risikofaktorer klarer seg fint i livet, og at de fleste av de med vansker i ungdommen «innhenter» sine medmennesker som eldre (Werner, 2013).

Poenget er heller ikke at det er statistikken som er problemet, men vitenskapens latente kontrollønske (Habermas, 2005). Det er like problematisk å bruke kvalitative studier for å skape tegn på fremtiden. Problemet stikker nemlig helt ned i selve forutsigelsesmekanismen. Empirisk forskning er nødvendigvis basert på fortiden. Det betyr også at hvis det er bestemte bias i fortidens materiale, så vil disse bli fremlagt som fremtidens sikre hendelser. Mayson (2019) viser konsekvensene av dette innenfor rettssystemet, hvor algoritmene som brukes for å forutse hvem som vil begå kriminalitet, har en tendens til å peke på svarte mennesker, fordi svarte mennesker tidligere har blitt arrestert mer. Forutsigelser basert på empirisk forskning bygger altså på antagelsen om at historien alltid vil gjenta seg. Maysons argument er at beslutninger basert på disse forutsigelsene risikerer å delta i skapelsen av denne gjentagelsen. En slags selvoppfyllende profeti. Kanskje den måteholdige forebyggingen er reflektert over verdiene i studier og alltid er på utkikk etter om vi drar med oss fortidens fordommer?

Verktøy: En alternativ forståelse av fremtiden

God doesn't play dice with the world.

Albert Einstein (Hermanns & Einstein, 1983, s. 58)

Det siste verktøyet er en alternativ forståelse av fremtiden. Den sentrale antagelsen ved veikrysset i siste avsnitt er at vi allerede har potensial før vi aktualiserer dem (Ingold, 1998). I statistikken var det ikke *en* vei lagt av gud, men flere veier å gå med forskjellig sannsynlighet, men i begge tilfeller er veiene der på forhånd. Tiden blir kun en utfoldelse av en (eller mange) allerede lagt(e) plan(er). En alternativ forståelse av potensial for den måteholdige forebyggingen finner vi hos Bergson (2014), som skriver at potensial må forstås som noe som både er mer og mindre enn det nåværende øyeblikket. Det er mer fordi det krever tenkningens kraft å kunne se potensialet (potensialarbeid). Det er mindre fordi det i realiseringen av potensial alltid er noe mer enn det vi hadde forventet: vi kan ikke tenke oss til alt som vil skje. Bergson peker på at alt dette «meret» også må ha vært potensielt, bare uten at vi visste det. Men

da betyr det at potensialet for denne teksten du leser nå, allerede var i den første fisken som begynte å kravle på landjorden. Potensial blir et uendelig innholdsmettet begrep og mister dermed sin mening, fordi det alltid er et uendelig antall potensial i enhver situasjon.

Bergson mener heller at vi gjenkjenner i fortiden tegn på den nåtid vi er i ferd med å aktualisere, og derfor tror vi at fortiden allerede inneholdt potensialet for nåtiden – noe vi prosjekterer frem i tiden. I min fortid kunne jeg ikke se at jeg ville skrive denne artikkelen, men nå når jeg skriver den, kan jeg gjenkjenne tidligere tegn på at den lå der som et potensial. Snarere enn å forstå potensial som noe som allerede er der, foreslår Bergson at vi i livets fremskridende øyeblikk skaper fortidens potensial. Realiseringen av nået er ikke døden av de mange potensialene som vi hadde, men heller skapelsen av fortidens potensial.

Ut fra dette foreslår Bergson at vi lever i en åpen verden, uten noen forutbestemte veier å gå, men heller et landskap av stadig nye muligheter. Fremtiden er en kreativ utvikling, som han sier det. Mulighet er ikke et sannsynlighetsbegrep, men et kreativt begrep der vi ikke kan vite hva som vil skje før vi begynner å bevege oss videre. I denne forståelsen har du ikke potensial som kan gå til spille, men når vi beveger oss fremover, oppstår nye uforutsette muligheter. Vi må derfor ikke ønske «hvis bare», men heller spørre «hva hvis nå?»: Hvilke nye muligheter ville kunne få plass om vi forfulgte en annen måte å handle på? En handlemåte der vi ikke søker å gjøre noen utviklinger mer sannsynlige, men heller søker å oppdage nye veier å gå i det åpne landskapet mens vi beveger oss i det.

Her er det viktig å tenke på at dette ikke nødvendigvis er noe godt og ufarlig landskap – alt kan skje, både på godt og vondt (Trebežnik, 2019). Det er et vanskelig rom der vi også må tolerere en del uvisshet. Forebyggingslogikken og dens trang til kontroll av verden er nettopp et forsøk på å imøtekomme denne uvissheten som kan være enormt ubehagelig. Men det er mitt argument at forebyggingstrangen blokkerer vårt syn for nye muligheter som oppstår i livets fremskridende øyeblikk. Fremtiden som åpen gir oss en forståelse av barn, der vi skal hjelpe dem å orientere seg i et åpent landskap, fylt med andre levende vesener som de må streve å komme overens med. Et landskap fylt med nye muligheter, men også fallgruver og fare for å mislykkes. Å styre barn mot fremtiden handler da om en felles utforskning av verden, der vi søker å gjøre barn klare («poised») for det som kommer (se også Shotter, 2011). Som en

speider som alltid er beredt på å håndtere det ene og det andre, må vi sammen finne måter å se og gripe nye muligheter på, men også være klar på å håndtere de utfordringer som dukker opp (se også Ingold, 2015).

Avrunding: Den måteholdige forebyggingen

Å gjøre forutsigelser, å tenke på fremtidens potensial og overveie konsekvensene av våre handlinger er sentralt for det å være menneske. Det er viktig både for å skape håp og når vi skal reflektere etisk over konsekvensene av våre handlinger. Vi kan og bør derfor aldri slutte å forebygge. Jeg foreslår derfor heller en måteholdig forebygging som alltid inkluderer spørsmålet: «Hvor mye kontroll tar jeg, og når er det nok?». I forlengelsen av dette vil jeg ikke her prøve å ta kontroll over hvilke implikasjoner denne tankegangen kan få i fremtiden. Heller vil jeg invitere til at dere aldri lar dette spørsmålet få noe endelig svar. Det er heller et spørsmål vi må forbli utspurt av, uten å fjerne dets kraft til å skubbe til vår forståelse og praksis ved å svare for raskt. I denne måteholdige forebyggingen er det plass til å tenke lenger frem enn de fem minuttene Roger Parslow ønsket. Men vi må forbli åpne og klar over det vi verken kan forutse eller forestille oss. Vi må, som Lyotard sier, tenke.

Referanser

- Bergson, H. (2014). *The possible and the real*. I K. A. Pearson & J. O. Maoilearca (Red.), *Henri Bergson–Key writings*. Bloomsbury Publishing.
- Butler, J. (2017). When gesture becomes event. I A. Street, J. Alliot & M. Pauker (Red.), *Inter views in performance philosophy* (s. 171–191). Palgrave Macmillan.
https://doi.org/10.1057/978-1-349-95192-5_15
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: The birth of the prison*. Penguin Group.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777–795.
<https://doi.org/10.1086/448181>
- Foucault, M. (1988). Technologies of the self. I M. H. Luther, H. Gutman & P. Hutton (Red.), *Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault* (s. 16–49). Tavistock Publications.
- Fricker, M. (2013). Epistemic justice as a condition of political freedom? *Synthese*, 190(7), 1317–1332. <https://doi.org/10.1007/s11229-012-0227-3>
- Frydenlund, J. H. (2022a). The dirty process of creating clean absence data: An ethnographic study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/00313831.2022.2070930>
- Frydenlund, J. H. (2022b). *The many meanings of an empty chair: A critical qualitative study of the constitution of absence from school as a problem and responses to it in Denmark* [Doktorgradsavhandling, Aarhus universitet].
- Frydenlund, J. H. (2023). “Help them follow the proper path”: A qualitative study of the normative context of interventions for absence from school. *International Studies in Sociology of Education*, 0(0), 1–18. <https://doi.org/10.1080/09620214.2023.2185902>
- Gaudet, L. (2023). The piety of optimization: The rhetoric of health awareness in ParticipACTION and Fitbit. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 27(1), 3–19. <https://doi.org/10.1177/1363459320988886>
- Gottfried, M. A. & Hutt, E. L. (2019). *Absent from school: Understanding and addressing student absenteeism*. Harvard Education Press.
- Habermas, J. (2005). Knowledge and human interests: A general perspective. I G. Gutting (Red.), *Continental philosophy of science* (s. 310–321). Blackwell Publishing.
<https://doi.org/10.1002/9780470755501.ch23>
- Hacking, I. (2004). *Historical ontology*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1n3x198>
- Hacking, I. (2006). *The emergence of probability: A philosophical study of early ideas about probability, induction and statistical inference* (2. utg.). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511817557>
- Haslam, N. (2016). Concept creep: Psychology’s expanding concepts of harm and pathology. *Psychological Inquiry*, 27(1), 1–17. <http://dx.doi.org/10.1080/1047840X.2016.1082418>
- Havik, T. (2016). Skolevegring. I E. Bru, E. C. Idsøe & K. Øverland (Red.), *Psykisk helse i skolen*. Universitetsforlaget.
- Hermanns, W. & Einstein, A. (1983). *Einstein and the poet: In search of the cosmic man*. Branden Press.

- Hultqvist, K. (2004). «Fremtiden» som styringsteknologi og det pædagogiske subjekt som konstruktion. I J. Krejsler (Red.), *Pædagogikken og kampen om individet – Kritisk pædagogik, ny inderlighed og selvets teknikker* (s. 159–189). Hans Reitzels Forlag.
- Ingold, T. (1998). The evolution of society. I F. Fabian (Red.), *Evolution: Society, science and the universe* (s. 79–99). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511629044.006>
- Ingold, T. (2015). *The life of lines*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315727240>
- Jordal, M. M.. (2023). Legitimeringsarbeid på steroider? Refleksjoner over å starte institusjonell-etnografisk forskning basert på egne erfaringer. I M.-L. Magnussen & A. C. E. Nilsen (Red.), *Erfaringer med institusjonell etnografi* (s. 269–287). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.195.ch13>
- Juhl, P. (2022). *På sporet af det gode børneliv: Et børneperspektiv på tidlig indsats*. Frydenlund Academic.
- Knafo, S. (2020). Neoliberalism and the origins of public management. *Review of International Political Economy*, 27(4), 780–801. <https://doi.org/10.1080/09692290.2019.1625425>
- Knage, F.S. Becoming an Absent Student: Analysing the Complex Entanglements in Persistent School Absence. *Hu Arenas* (2023). <https://doi.org/10.1007/s42087-023-00329-7>
- Kvale, S. (2004). Frigørende pædagogik som frigørende til forbrug. I J. Krejsler (Red.), *Pædagogikken og kampen om individet – Kritisk pædagogik, ny inderlighed og selvets teknikker* (s. 32–62). Hans Reitzels Forlag.
- Lareau, A. (2011). *Unequal childhoods: Class, race, and family life. With an update a decade later* (2. utg.). University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520949904>
- Lyotard, J.-F. (1989). Time today. *Oxford Literary Review*, 11(1/2), 3–20. <https://doi.org/10.3366/olr.1989.001>
- Mayson, S. G. (2019). Bias in, bias out. *The Yale Law Journal*, 128(8), 2218–2300.
- Meier, J. (2023). Præstation og eksistens: Unges kampe med og mod sig selv. *Nordisk tidsskrift for pedagogikk og kritikk*, 9, 1–18. <http://doi.org/10.23865/ntpk.v9.3991>
- Meld. St. 6 (2019–2020). *Tett på – Tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO*.
- Meld. St. 15 (2022–2023). *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*.
- Moynihan, R., Doust, J. & Henry, D. (2012). Preventing overdiagnosis: How to stop harming the healthy. *BMJ*, 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3502>
- Munck, C. & Marschall, A. (2023). Omsorg og risikovurderinger i daginstitutionen – når forældres omsorg og livsførelse tolkes som uvilje til samarbejde. *Psyke & Logos*, 44(1), 50–66. <https://doi.org/10.7146/pl.v44i1.141121>
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Oakley, A. (1994). Women and children first and last: Parallels and differences between children's and women's studies. I B. Mayall (Red.), *Children's childhoods: Observed and experienced* (s. 13–32). The Falmer Press.
- Packer, M. J. (2011). *The science of qualitative research*. Cambridge University Press.

- Petersen, A. & Madsen, O. J. (2023). The achievement society: Youths too good for their own good? *Subjectivity*. <https://doi.org/10.1057/s41286-023-00147-w>
- Prout, A. & James, A. (1997). A new paradigm for the sociology of childhood? Provenance, promise and problems. I A. Prout & A. James (Red.), *Constructing and reconstructing childhood* (2. utg.). Falmer.
- Rebughini, P. (2021). A sociology of anxiety: Western modern legacy and the Covid-19 outbreak. *International Sociology*, 36(4), 554–568. <https://doi.org/10.1177/0268580921993325>
- Rose, N. (2001). The politics of life itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1–30. <https://doi.org/10.1177/02632760122052020>
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400827503>
- Schmidt, L.-H. & Kristensen, J. E. (2018). *Lys, luft og renlighed – Den moderne socialhygiejnes fødsel* (3. utg.). Akademisk Forlag.
- Shotter, J. (2011). Embodiment, abduction, and expressive movement: A new realm of inquiry? *Theory & Psychology*, 21(4), 439–456. <https://doi.org/10.1177/0959354310372992>
- Trebežnik, L. (2019). Being on the brink of the future: Jacques Derrida and poetics of waiting. *Bogoslovni vestnik*, 79(2), 347–356. <https://doi.org/10.34291/BV2019/02/Trebeznik>
- Werner, E. E. (2013). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? I S. Goldstein & R. B. Brooks (Red.), *Handbook of resilience in children* (s. 87–102). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_6
- Wyness, M. (2019). *Childhood and society* (3. utg.). Bloomsbury Academic.

Hillesund, O. K. & Bertelsen, B. (2025). Korrespondanse: En ny inngang til forståelse av bedring i psykososialt helsearbeid. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 141–156). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550208>

Kapittel 8

Korrespondanse

En ny inngang til forståelse av bedring i psykososialt helsearbeid

Odd Kenneth Hillesund og Bård Bertelsen

«I am» is always, to a large degree, «was that me?»

Erin Manning (2015, s. 62)

Innledning

Hva er en god ramme for å forstå det som skjer i psykososialt endringsarbeid? I dette kapitlet skal vi drøfte tre måter å forstå hva det dreier seg om. Vi tar utgangspunkt i en vignett fra et terapiforløp. Vignetten er hentet fra en terapisaamtale som en av oss (OKH) hadde med en ungdom. I denne samtalen fortalte ungdommen om det som skjedde da han, som i utgangspunktet var redd for å snakke i klassen, meldte seg til å delta i politisk debatt.

Historien belyser vi gjennom tre forskjellige begrepsapparater. Først skisserer vi et medisinsk perspektiv og ser på hvordan historien kan forstås i lys av det. Så beskriver vi et kontekstuellt perspektiv, og gjør det samme med det. Hovedvekten legger vi på en tredje måte, det vi kaller et korrespondanseperspektiv. Her bygger vi på begreper hentet fra arbeidet til sosialantropologen Tim Ingold. Gjennom det prøver vi å vise at de forståelsene som korrespondansebegrepet legger til rette for, inviterer til å nærme seg psykososialt helsearbeid på en måte som anerkjenner at det vi jobber med er *liv*, og at det som er hensikten med arbeidet, er å pleie dette livet slik at det vokser videre i gode retninger.

Psykososial helse

Ordet «psykososial» er en fellesbetegnelse på psykiske og sosiale forhold av betydning for helse og mental fungering hos individer (Svartdal, 2022). Psykososial helse handler altså om alle fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle, politiske og eksistensielle dimensjoner knyttet til helse. Det er på ett vis intuitivt forståelig – selvsagt er det sånn. Samtidig er det ikke en definisjon som vi så lett kan bruke til noe. Hvis psykososial helse handler om alt som påvirker oss, så må nesten en psykososial helsearbeider være en slags superhelt med krefter til å forandre verden for hvert oppdrag hen får.

På UiA sine nettsider, under beskrivelsen av masterprogrammet i psykososial helse, blir det litt tydeligere hva man kan legge i dette begrepet:

Arbeid med psykososial helse handler om å fremme og bedre menneskers psykososiale helse, samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer, samt skape inkluderende lokalmiljø (UiA, u.å).

Fra dette kan vi slutte at en grunnholdning for psykososialt helsearbeid er å anerkjenne at enkeltmenneskets helse ikke bare er et indrepsykologisk (eller indremedisinsk) anliggende, men at helse også er et resultat av forhold og prosesser i samfunnet rundt: urettferdighet, undertrykking, utstøting, men også forurensing, fremmedgjøring og finansiell ulikhet. Å arbeide med psykososial helse handler om å finne måter å bistå folk som strever, slik at de kan orientere seg i dette landskapet og finne lommer å leve i som oppleves trygge, meningsfulle og ivaretagende.

Men akkurat hva det vil si, eller hva det krever, å være et menneske innenfor de rammene en slik forståelse setter, er ikke så lett å finne presise ord for. Simon Frosh, en anerkjent forsker innenfor det som kalles *psycho-social studies*, skrev for en del år siden at:

Ideen om det psykososiale *subjektet* som et møtepunkt mellom indre og ytre krefter, som både konstruert og konstruerende på samme tid, et maktutøvende subjekt som også er gjenstand for makt, er vanskelig å teoretisere, og ingen har så langt lyktes med det (Frosh, 2003, s. 1564, vår oversettelse¹, utheving i originalen).

Kanskje er det sånn at ideen om det psykososiale på den ene siden bidrar til å åpne opp profesjonelt endringsarbeid på måter som er intuitivt forståelige, og praksisfeltet for et rikt tilfang av teorier og arbeidsformer. En annen måte å si dette på er at det åpner feltet for sunn fornuft: Det er på et vis selvsagt

1 «The idea of the psycho-social *subject* as a meeting point of inner and outer forces, something constructed and yet constructing, a power-using subject which is also subject to power, is a difficult subject to theorize, and no one has yet worked it out».

at det er sånn det er i virkeligheten. På den andre siden gir vi, ved å gi dette begrepet forrang, slipp på alle fordelene som enklere forståelsesrammer kan by på; hvis psykisk lidelse primært forstås som kjemiske ubalanser, kan vi sette vår lit til farmasien. Hvis vi tenker om det som fastlåste traumer, kan vi se til traumeteori, og så videre.

Donald Schön (1983) skriver om hvordan profesjonelle tenker og reflekterer i praksis, og skiller mellom «refleksjon i handling» og «refleksjon over handling». For å kunne føre en reflekterende samtale i møte med en ny situasjon må den profesjonelle tilpasse språket og handlingene sine. Hva den profesjonelle gjør, inkludert hvordan hun definerer og avgrenser problemer, er tett knyttet til hvilket repertoar hun orienterer seg etter. Dette repertoaret er formet av hvilke grunnleggende faglige teorier, filosofier og verdier hun legger til grunn, og hvordan hun forstår sin egen rolle (Schön, 1983).

I det som følger, presenterer vi først historien om Petter, og timen der han fortalte terapeuten sin at han hadde meldt seg til politisk debatt. Deretter drøfter vi tre innganger til å tenke om hva som skjer i psykososialt endringsarbeid: en medisinsk inngang, en kontekstuell inngang, og det vi har kalt en inngang gjennom begrepet korrespondanse. Gjennom det ønsker vi å vise at ulike perspektiver bidrar med noe spesifikt som kan være nyttig, samtidig som hvert perspektiv bærer med seg en risiko for å miste noe viktig av syne.

«Det går dårlig, veldig dårlig ..., jeg har meldt meg til politisk debatt»

Sitatet er hentet fra første terapisaamtalen etter at Petter hadde meldt seg som partiet Rødt sin representant i klassens politiske debatt. Da han i samtalen vår sa dette, hadde ting vært bedre en periode. Han gikk da i første klasse på videregående skole, var på skolen hver dag og hadde fått flere venner i klassen. Det var overraskende at det nå gikk veldig dårlig. Og overraskende at han hadde meldt seg til politisk debatt.

Petter hadde hatt utfordringer gjennom ungdomsskolen, og etter at han startet på videregående. Han hadde sammen med foreldrene tatt kontakt for

å få samtalerapi og hjelp til å trives bedre i skolen. Petter hadde en fysisk sykdom som gjorde at han ble fortere sliten enn jevnaldrende. Sykdommen gjorde det vanskelig å skille mellom hva som var fysisk slitenhet og hva som var redsel og ubehag knyttet til tidligere negative erfaringer. Han syntes det var vanskelig å få venner, visste ikke hvem han kunne snakke med i friminuttene, og kjente på avstand til andre. Han hadde erfaringer med at kontakt med medelever ikke ble slik han ønsket, og det fikk ham til å føle seg rar og annerledes.

I våre samtaler hadde vi fokus på hvordan kontakten med medelever kunne bli mer slik han ønsket. Hvordan kunne han ta kontakt med andre, og hva kunne de snakke om og gjøre sammen? Vi diskuterte konkrete ting, som hva han ønsket å si til jenta han delte pult med på mandags morgen. Sier du «hei», «hei hvordan går det?» eller «hei, hva har du gjort i helga?». Ulike hilsener inviterer til ulike samspill. Dersom han spør om noe, vil hun kanskje spørre tilbake. De vil kanskje begynne å snakke sammen. Var dette noe han ønsket å prøve på? Hvilke eksperimenter og utfordringer ønsket han å engasjere seg i?

Petter var også bekymret for å bli spurt av læreren, og han var redd for å dumme seg ut foran de andre i klassen. Dette var spesielt vanskelig i engelsktimene. Han syntes selv at engelsken hans var elendig og ikke burde offentliggjøres. Dette gjorde det vanskelig når det gjaldt muntligkarakteren. I et møte mellom engelsklæreren, Petter og far ble det avtalt at han skulle rekke opp hånden dersom han ønsket å svare på noen eller delta i timen. Han fikk også tips til temaer i engelsk som han kunne forberede seg på å snakke om.

De ulike endringene som Petter gjorde, fungerte bra. Han opplevde mer trygghet og trivsel på skolen, fikk bedre kontakt med medelever og slappet mer av i skolehverdagen.

Den litt overraskende håndsopprekningen skjedde i samfunnsfagtimen. Læreren ønsker da at klassen skulle lage en egen politisk debatt, der en representant fra hvert parti deltok. Idet læreren spør hvem som kan være representanter for de ulike partiene, ser Petter på de andre i sin politiske gruppe. Den ene stirrer ned i pulten. Hun som aldri sier noe, er blitt helt rød i ansiktet. Tredjemann roter rundt i sekken og gir tydelig uttrykk for at han ikke vil gjøre dette. Det var en håpløs situasjon. «Og da tenkte jeg,» sier Petter, «det måtte bli meg. Og så rakk jeg opp hånden.»

Tre perspektiver

Som profesjonell praksis innebærer psykososialt arbeid at vi har begreper om hva vi gjør. De begrepene vi bruker, må også være delt med andre som jobber rundt oss, slik at vi kan kommunisere med hverandre, og med omverdenen, om hva vi gjør. Slik sier språket vi bruker, noe om hvordan vi forstår hva denne praksisen er. Språket former hva som er mulig, eller meningsfullt, for profesjonelle og tjenestebrukere å tenke og gjøre innenfor rammene av møtet dem imellom.

Her vil vi presentere tre ulike måter å snakke om slikt arbeid på, og se på historien om Petter i lys av hver av dem. Vår beskrivelse av de to første modellene bygger på Bruce Wampold (Wampold & Imel, 2015) sin innflytelsesrike bok *The great psychotherapy debate*. Det tredje perspektivet, som vi har kalt menneskelig korrespondanse, er vårt forslag til hvordan det Wampold skriver om, kanskje kan bringes enda et skritt videre.

Den medisinske modellen

Det kanskje aller vanligste språket for å snakke om psykososiale helseutfordringer er det som ofte kalles «den medisinske modellen». Den medisinske modellen ser på psykiske helseproblemer som sykdom eller lidelser som kan avgrenses (diagnostiseres) og behandles med spesifikke intervensjoner, for eksempel medisiner eller samtaleterapi. Ifølge Wampold og Imel (2015) har den medisinske modellen fire grunnleggende ingredienser:

1. En sykdom eller et problem (definert ved en diagnose)
2. En vitenskapelig eller psykologisk forklaring på sykdommen (en undertrykt traumatisk hendelse eller irrasjonelle eller uhensiktsmessige tanker)
3. En mekanisme for å skape forandring (innsikt i det ubevisste eller forandring av irrasjonelle tanker)
4. Spesifikke terapeutiske handlinger (frie assosiasjoner eller spesielle metoder hentet fra en manual som beskriver behandling av sykdommen)

Hvordan kunne vi forklare hva som var Petters problem, og hva ville godt psykososialt arbeid overfor ham være, med utgangspunkt i denne modellen?

1. Petters problem er at han sliter med angst.
2. Han har mange tidligere dårlige erfaringer med sosial kontakt, og han har ofte følt seg utenfor og annerledes. Dette har ført til at han er tilbakeholden, overdrevent forsiktig, og mangler mot til å ta den plassen han ønsker.
3. Gjennom terapisaamtalen er han blitt bevisst hvordan egne uhensiktsmessige tanker og handlingsmønstre er knyttet til angsten.
4. Terapeuten inviterer Petter til å identifisere og øve på andre mer hensiktsmessige måter å tenke og handle på når de vanskelige tankene kommer. Gjennom å utfordre seg selv til å gjøre det han syntes er vanskelig, samtidig som han er bevisst og oppmerksom på hva som skjer med ham, utvides Petters handlingsrepertoar. Dermed mister de gamle erfaringene, som har festet seg som selvoppfyllende forventninger om angst og tilkortkommenhet, taket på Petter. I terapisaamtalen blir oppgaven for Petter og terapeuten å fortsette bevisstgjøringen og minne om at fortvilelsen over å ha meldt seg kan knyttes til «gamle» unyttige tanker om at det er farlig å stikke seg frem.

Den medisinske modellen er svært populær og anerkjent i vår kultur. Modellen hjelper oss til å definere et problem og finne konkrete oppskrifter på løsninger. Modellen hviler tungt på det vi kan kalle en naturvitenskapelig logikk, som ser på mennesket og menneskers erfaringer som noe det er mulig å ha sikker viten om, og at det er mulig å formulere slik viten på måter som er gyldig for alle (eller i hvert fall de fleste). Den medisinske modellen finnes i flere ulike varianter. Den biomedisinske modellen forstår psykisk helseproblemer som noe som har en biologisk årsak (og best behandles med medisiner) (Engel, 1977). Innenfor en bio-psyko-sosial modell vil man i tillegg se på psykologiske og sosiale faktorer som påvirker den psykiske helsen. Felles for medisinske modeller er imidlertid at de ser på problemer som noe som tilfaller individer.

Den kontekstuelle modellen

Wampold (2015; Wampold & Imel, 2015) er kritisk til den medisinske modellen og argumenterer for at den ikke gir en god beskrivelse av hva som faktisk skjer i en terapeutisk prosess. Hovedinnvendingen hans er at forskning på psykoterapiprosesser ikke gir oss grunn til å si at de teknikkene og teoriene som terapeuter benytter, i seg selv er avgjørende for om behandling virker. Riktignok kan noen måter å jobbe på gi bedre resultater enn andre måter hvis vi ser på avgrensede problemtyper. Men alt i alt er ikke virkning i terapi først og fremst et teknisk spørsmål. Derimot, sier Wampold, viser forskningen med stor tydelighet at det som kalles «fellesfaktorer», er av minst like stor betydning. Fellesfaktorer vil si de elementene i terapi som er til stede i de fleste terapeutiske tilnærminger, og som er avgjørende for et godt utfall av terapi: den terapeutiske alliansen og relasjonen mellom profesjonell og klient, håp, empati og en enighet om hva målet med arbeidet er.

Tar vi høyde for dette, gir ikke den medisinske modellen en god ramme for å forstå og videreutvikle terapeutisk praksis. Wampold (2015) har derfor foreslått det han kaller en kontekstuell modell for psykoterapi. Ifølge Wampold er det som avgjør om en terapi er virkningsfull, et samspill mellom fellesfaktorer og mer metodespesifikke ingredienser. Akkurat som for den medisinske modellen beskriver han fire elementer eller antakelser som kjennetegner den kontekstuelle modellen:

1. For det første er den menneskelige relasjonen mellom praktiker og klient helt avgjørende. Finner ikke terapeut og klient ut av det med hverandre, og klarer de ikke å opparbeide en tillitsfull relasjon, er det lite som kan komme ut av samarbeidet dem imellom.
2. Selve behandlingsrelasjonen utgjør en legende setting. Det innebærer at klienten møter en profesjonell som klienten selv *tror* at kan bidra med hjelp.
3. Et godt utfall er videre avhengig av at samarbeidet bygger på en plausibel forklaring av hva klientens vansker er, og hvorfor de er der. Slik kan det lages en plan for behandling som inngir håp om bedring. Både klient og terapeut må være enige om, og tro på, forklaringen (men den trenger ikke være sann i noen absolutt forstand).
4. Den siste komponenten er at terapeuten må gjøre noe, at dette må være i overensstemmelse med forståelsen som er etablert, og kreve aktiv deltakelse fra klienten (Wampold, 2015; se også Wampold & Ulvenes, 2019).

Forstår vi samarbeidet med Petter i lys av den kontekstuelle modellen, kan vi tenke at:

1. Det helt grunnleggende for om terapien var til hjelp eller ikke, var om terapeuten og Petter hadde lykket i å etablere (og fortløpende opprettholde) en relasjon som var trygg nok til at et samarbeid kunne finne sted.
2. Petter må oppleve dette samarbeidet som legende, det vil si at han må tro at det terapeuten kan tilby, er relevant for det han selv opplever å streve med.
3. Dernest må Petter og terapeuten finne en forklaring på hva problemet er, og hvorfor det er der, slik at de kan legge en plan for samarbeidet sammen. Vi kan tenke oss at de kalte problemet for angst, eller stress, eller å ikke ha funnet plassen sin – nøyaktig hva er ikke så viktig, så lenge de var enige om forståelsen og begge mente at den var sann.
4. Til sist måtte terapeuten handle i henhold til dette, altså fremstå som profesjonell og kompetent på en måte som ga mening i lys av den forståelsen og målet for samarbeidet.

Mens man fra perspektivet til den medisinske modellen legger vekt på riktig diagnostikk som grunnlag for å finne riktig behandling, og anser pasienten som i prinsippet en passiv «mottaker» av behandling fra en terapeut som innehar ekspertise, vektlegger altså den kontekstuelle modellen i større grad den aktive relasjonen mellom terapeut og klient som avgjørende for resultatet. Her er også klient og terapeut i større grad likeverdige deltakere i et samarbeid der det sentrale ikke er at det de gjør er *riktig*, men at det *gir mening* for dem begge.

I likhet med den medisinske modellen konsentrerer den kontekstuelle modellen seg om å gi en ramme for det terapeutiske arbeidet med vekt på hva terapeut og klient gjør sammen, når de møtes. Det mener vi ikke som en kritikk av disse to modellene – en modell for å forstå terapeutisk praksis må nødvendigvis vie nettopp dette betydelig oppmerksomhet. Men ved å konsentrere seg om den *terapeutiske* praksisen kan modellene likevel risikere å kaste skygge over hvordan denne praksisen henger sammen med livet og virkeligheten bortenfor terapien.

For å nyansere og foreslå et alternativ til, eller en utvidelse av, det medisinske og det kontekstuelle perspektivet vil vi se nærmere på noen av begrepene til sosialantropolog Tim Ingold, og hvordan de kan benyttes for å gi psykososialt arbeid en alternativ ramme.

Menneskelig korrespondanse

«Let me take you by the hand». Slik begynner den britiske sosialantropologen Tim Ingold essayet «On human correspondence» (Ingold, 2016). La meg holde hånden din. Med det henleder han oppmerksomheten mot noe helt sentralt ved ideen om å la korrespondanse være inngang til å forstå hva som skjer når mennesker samhandler med verden: Korrespondanse handler om omsorg. Ingold poengterer at både biologiske, psykologiske og samfunnsvitenskapelige forståelser av individet, og av forholdet mellom individ og omgivelser, ofte skiller individet fra omgivelsene, og individer fra hverandre. Det er som om vi tenker på individer som separate «blobber» med en klar grense mellom det som er inni og det som er utenfor (Ingold, 2015). Den medisinske modellen fremstiller individet ganske isolert, mens den kontekstuelle modellen retter søkelyset mot forholdet mellom to individer – klient og terapeut. I en slik tenkning, hevder Ingold, blir «relasjon» noe som er *mellom* individer, eller mellom individ og omgivelser. Han mener at denne forståelsen leder oss til å forstå sosialt liv som interaksjon. I interaksjonstenkningen benytter vi gjerne begreps-triaden *vilje – væremåte – intensjon*² for å forstå det som skjer. Ingold (2016) introduserer begrepet «korrespondanse» som et alternativ til denne forståelsen.

For å utdype hva det innebærer, foreslår han begreps-triaden *vane – tilblivelse*³ – *oppmerksomhet*. Vi lever livene våre i en vev av sammenhenger. I denne veven påvirkes vi av, og påvirker selv, verden rundt oss – mennesker, dyr, ting, stemninger og miljøet. Vi strekker oss ut, søker kontakt og prøver

2 På engelsk bruker Ingold begrepene *will*, *agency* og *intention*.

3 Ingold bruker her begrepet *agencing*, et nyord som er ment å uttrykke en idé som står sentralt hos ham, nemlig idéen om et tosidig forhold mellom våre handlinger og den verden som vi handler i. Når vi gjør noe, er det alltid en inngripen i verden. Samtidig former verden, som også omfatter våre egne handlinger, også alltid den som handler; jeg gjør noe, og det jeg gjør – min gjøren, gjør samtidig meg.

å finne vår plass. Ingold (2013) bruker begrepet «vevnad»⁴ som metafor for denne måten å forstå liv på, som tråder som går inn og ut mellom hverandre. Det som oppstår (veven), kan ikke føres tilbake til én enkelt tråd, eller ett enkelt knutepunkt. Det er helheten, og det at trådene går inn og ut mellom hverandre (de korresponderer), som får vevnaden til å eksistere. Slik er det også å leve liv, mener Ingold: Vi møtes, gir og mottar, på en måte som skaper gjensidig ansvar overfor hverandre. Nettopp dette ansvaret, der vi knyttes til hverandre, danner oss også. Det gjør at flyten – livet – fortsetter (Ingold, 2016, s. 10).

Hvis vi setter Ingolds begreper inn i en ramme som ligner den Wampold og Imel (2015) benytter for å forklare den medisinske og den kontekstuelle modellen, kan vi si at psykososialt helsearbeid særlig retter seg mot tre aspekter ved livet:

1. *Vane*

Inspirert av den amerikanske filosofen John Dewey (1966) poengterer Ingold (2015; 2016) at livet ikke bare er noe vi lever *ut* (enten vi tenker på å uttrykke gener eller åndelig selvrealisering). Livet er like mye noe som *lever oss*, kan man nesten si. Å leve er noe midt mellom en passiv og en aktiv prosess, eller kanskje mer presist begge deler; vi lever og blir levd på samme tid. Vanebegrepet favner noe av det samme som begreper som «identitet» eller «personlighet», på den måten at det peker på hvordan vi blir til som gjenkjennelige individer gjennom å engasjere oss i verden og hele tiden tilpasse oss til, og formes av, omgivelsene. Vanene mine er til sammen min måte å være i verden på. Vaner er ikke et statisk eller fastlåst sett med atferd, men heller det vi kunne kalle tydelige handlingsmønstre som er åpne for endring gjennom levd erfaring.

Derfor, hevder Ingold, er det ikke et menneskes vilje og intensjoner som nødvendigvis er nøkkelen til å forstå hva som skjer, eller det som er mest interessant å rette oppmerksomheten mot når vi skal prøve å bidra til en annens livsendring – som jo er noe av det psykososialt helsearbeid handler om. I samarbeidet med Petter var absolutt vilje og intensjon sentrale elementer. Tema i samtalene var ofte nettopp hva han ønsket (å finne venner og være mindre

4 *Meshwork* på engelsk.

redd og alene), og hvordan han kunne få det til å skje. Men så meldte han seg plutselig som kandidat for partiet Rødt i en politisk debatt. Det var, på sett og vis, helt på tvers av alt han ønsket og ville – det gjorde ham ikke trygg og lik de andre, men redd og annerledes. Petters oppdagelse av at de andre i hans gruppe ikke hadde lyst, turte eller ikke følte at de kunne delta i debatten, var det som gjorde at han rakk opp hånda. Han beskrev at han *måtte* gjøre det: «det måtte bli meg». Denne handlingen kastet en forpliktelse over ham og dro ham videre. Forpliktelsen ble en invitasjon til et nytt spor av vaner. Det psykososiale helsearbeidet handlet derfor ikke bare om å fokusere på vilje og intensjon, men også om å forstå hvordan Petters handlinger var forbundet med de sammenhengene han befant seg i, oppdage at håndsopprekningen var et vanebrudd, og invitere til å forfølge den stien hånda pekte mot for å se om nye og foretrukne vaner kunne være å finne der.

2. *Tilblivelse*

I denne situasjonen tok Petter, sammen med det han korresponderte med, eller var integret i (eller hadde integriteten sin fra, kunne man nesten si), ansvar for sammenhengen han var i. Derfor meldte han seg til å være partiet Rødt sin debattrepresentant. Petter hadde, lenge før læreren spurte, bestemt seg for å være med på den gruppa i klassen som skulle fordype seg i partiet Rødt. Han likte Rødt sin politikk, han fikk venner i gruppa og satte pris på å være sammen med dem. Det at han trivdes i gruppa, bidro til at han trivdes bedre på skolen. Den komplekse veven som skolehverdagen utgjorde, den veven der Petter i økende grad opplevde at det var lettere å bevege seg, var med i bevegelsen der han rakk opp hånda.

Ved å rekke opp hånda ble Petter, i hvert fall der og da, en som gjør sanne ting, en som stikker seg frem, en som deltar, en som tar ansvar. Men han rakk ikke opp hånda fordi han ville det, ville bli en sann som deltar. Hånda kom opp fordi den måtte opp, det var på et vis nødvendig. Det å være i korrespondanse kan forstås som å være i sammenheng på en slik måte at den sammenhengen man er i, kommer videre, uten å gå til grunne. Ved å knytte oss til hverandre står vi imot strømningene som truer med å rive oss over ende og rive oss fra hverandre, samtidig som det er nettopp i, og i kraft av, disse strømningene – alt det som skjer rundt oss og som vi er en del av – at vi blir til som individer. Her handlet det psykososiale arbeidet om å støtte Petter i utforskningen av mulige

måter å handle på, og ivareta ham slik at det ble mulig for ham å gjennomleve den virkeligheten som hadde fått hånda hans til å gå i været, og som samtidig var satt i bevegelse idet hånda ble rakt opp.

3. **Oppmerksomhet**

Som mennesker betrakter vi ikke verden på en passiv eller distansert måte, vi *er i* verden (Grelland, 2018). Å være oppmerksom er derfor ikke først og fremst noe vi er overfor noe annet, men en måte å ta inn verden, og vår væren i den, på. Ifølge filosofen Martin Heidegger (2007) er dette aspektet ved oppmerksomhet først og fremst en form for omsorg. Denne omsorgen er, hevder han, et grunnleggende trekk ved måten mennesket er til i verden på.

Sammenhengen mellom oppmerksomhet og omsorg finner vi ikke igjen på denne måten verken i den medisinske modellen eller i den kontekstuelle modellen for psykososialt helsearbeid. Både ideen om at menneskers problematiske eller forstyrrende erfaringer bør forstås som diagnostiserbare tilstander som kan identifiseres og behandles gjennom klinisk undersøkelse, vitenskapelig forklaring og terapeutisk intervensjon, og den kontekstuelle forståelsen av at relasjonen og fellesfaktorer er viktigere for utfallet av psykososialt helsearbeid enn spesifikke teknikker eller tilnærminger, representerer vitenskapelige innganger som forutsetter en avstand til det de beskriver. Det kanskje viktigste bidraget til disse måtene å tenke på er at de gir mulighet til å vikle seg ut av situasjonen som skal tenkes om og forstås. Ved slik å betrakte, fra avstand, kan man se det man betrakter i sammenheng med andre ting som ikke er synlig fra innsiden av situasjonen. For eksempel kan man sammenligne det som skjer i én situasjon, med lignende ting som har skjedd i andre situasjoner. Slik kan man få tilgang til å bruke kunnskap som kommer utenfra inn i situasjonen. Det har stor verdi. Men det vi alltid risikerer å miste av syne (eller miste helt og fullt) ved å oppsøke den avstanden som disse perspektivene byr oss, er den vitaliteten som er i selve levingen av livet. Som en form for omsorg handler psykososialt helsearbeid kanskje først og fremst om å ha en engasjert oppmerksomhet. I det øyeblikket vi er oppmerksomme, blir vi også del av det vi er oppmerksomme mot – eller oppmerksomme i, kunne vi kanskje si. Hvis poenget med det vi gjør er å gjøre en forskjell i verden, må vi også selv være med i handlingen. Vi kan ikke bare sitte på avstand og observere.

Vi ser Ingolds korrespondansebegrep som en fruktbar inngang til å snakke om både hva det å leve et liv er i sin alminnelighet, hva bedring er, og hvordan det oppstår, i en psykososial forståelsesramme.

Avsluttende refleksjon

Innledningsvis siterte vi Frosh (2003), som poengterte at ingen så langt har lykkes i å gi en god teoretisk redegjørelse for hva det vil si å være et subjekt innenfor rammene av en psykososial forståelse av livet, altså å gi en forklaring av subjektet som et møtepunkt mellom indre og ytre krefter, noe som konstruerer og blir konstruert, som både utøver og rammes av makt på samme tid. Korrespondansebegrepet gir kanskje ikke et bidrag til en bedre teori om hva et slikt subjekt er. Men kanskje kan det bidra til å tenke tydeligere og bedre om hva det å være en som prøver å bistå et slikt subjekt, i spenn midt mellom å ødelegge sammenhengen en inngår i og å selv bli ødelagt av den, krever.

Vi har gjennom hele dette kapitlet brukt fortellingen om samarbeidet mellom Petter, som uten helt å ville det kom til å rekke opp hånda og slik melde seg til politisk debatt, og terapeuten, som et eksempel for å tenke med de tre modellene vi har beskrevet – den medisinske modellen, den kontekstuelle modellen og korrespondansemodellen. Legger vi korrespondansebegrepet til grunn for å forstå Petters situasjon – hvordan han hadde det, hva det han gjorde hadde av betydning, og hva det krevde av terapeuten hans – så virker plutselig et begrep som «behandling» malplassert. Som hensikt for profesjonell inngripen kan behandling noen ganger stilles opp som motsats til omsorg. På engelsk kan man uttrykke spenningen mellom disse ved å si at det er forskjell mellom «to cure» (å helbrede) og «to care» (å bry seg om eller vise omsorg). Mens å kurere handler om å få noe som finnes til å opphøre gjennom å gjøre et inngrep, handler omsorg om å hegne om noe som er, men som kanskje står i fare for å forsvinne. Det er ikke sånn at det ene er bedre enn det andre, men det er viktig å se at det er helt forskjellige innganger. I arbeidet med Petter tror vi at det som skjedde, og som gjorde det mulig for ham å rekke hånda i været og slik risikere seg selv, i liten grad kan forstås som en kur for noe. I stedet tror vi arbeidet handlet om å vise omsorg – ikke bare i betydningen

å ha medynk med Petter som en gutt i en sårbar situasjon, men i form av å vise interesse for, og glede og undring over, hans egne erfaringer med å være i korrespondanse med verden slik den foldet seg ut i hans nærvær. Gjennom dette kom han på sporet av nye mulighet for deltakelse i klassen og kanskje i livet i sin alminnelighet.

Referanser

- Dewey, J. (1966). *Democracy and education: An introduction to the philosophy of education*. Free Press.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Frosh, S. (2003). Psychosocial studies and psychology: Is a critical approach emerging? *Human Relations*, 56(12), 1545–1567.
- Grelland, H. H. (2018). Martin Heideggers begrep om omsorg som eksistensform og dets betydning for forståelsen av begrepet omsorg i omsorgsfag. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 269–275. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-09>
- Heidegger, M. (2007). *Væren og tid*. Bokklubben.
- Ingold, T. (2013). *Making: Anthropology, archaeology, art and architecture*. Routledge.
- Ingold, T. (2015). *The life of lines*. Routledge.
- Ingold, T. (2016). On human correspondence. *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, 23(1), 9–27. <https://doi.org/10.1111/1467-9655.12541>
- Manning, E. (2015). Against method. I P. Vannini (Red.), *Non-representational methodologies* (s. 52–71). Routledge.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner – How professionals think in action*. Routledge.
- Svartdal, F. (2022). Psykososial. I *Store norske leksikon*. Hentet 24. mai 2023 fra <https://snl.no/psykososial>
- Universitetet i Agder. (u.å.). *Studieplan for psykososial helse, masterprogram*. Hentet 24. mai 2023 fra <https://www.uia.no/studieplaner/programme/MASTPSYH>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wampold, B. E. & Ulvenes, P. G. (2019). Integration of common factors and specific ingredients. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Red.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 69–87). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190690465.003.0003>

Haugland, S. (2025). Funksjonell analyse – å forstå seg selv og andre.
I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse*
(s. 157–176). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550209>

Kapittel 9

Funksjonell analyse – å forstå seg selv og andre

Silje Haugland

Å forstå seg selv og andre er et viktig utgangspunkt for psykosial helse. Det å kunne avdekke og identifisere sammenhengene mellom det vi gjør, hva som påvirker og hvilke følger handlingene våre får, er en del av det å forstå seg selv i fysisk, psykisk, kulturell og sosial kontekst. Det å analysere funksjonelt relatert atferd vil si å se på mønstre i foranledningene, handlingene og de konsekvenser av handlingene våre har, inngår i en lang forskningstradisjon innen anvendt atferdsanalyse. Funksjonelle analyser er betegnelsen på ulike systematiske måter å innhente informasjon for å forstå og analysere atferd. Historisk sett dreide dette seg om tiltak rettet mot atferd som utfordrer hos personer med kognitive funksjonsnedsettelse. Formålet i dette kapittelet er gi et overblikk over hva funksjonelle analyser er som et bakteppe for 1. å utforske om funksjonelle analyser kan benyttes for å forstå egen atferd, 2. å endre fokus fra atferd som utfordrer til handlinger som er ønskede og hensiktsfulle. Funksjonelle analyser vil da gi innsikt i hva som kan bidra til bedre psykososial helse.

Funksjonell forståelse av atferd og psykososial helse.

Funksjonell analyse går ut på å samle informasjon om konteksten for atferden til et individ (Cooper et al., 2020). Det omfatter metodiske elementer for å forstå hvorfor en person handler på en bestemt måte, som dermed gir muligheter for endring ved at identifiserte elementer i konteksten slik som konsekvenser av handlingsmønsteret og hendelser som påvirker i forkant av handlingsmønsteret, kan endres og dermed endre fremtidig atferd. Kumar (2020) poengterer at psykososialt velvære eller helse er flerdimensjonalt og består av psykologiske, sosiale og subjektive komponenter. Videre påvirkes helsen av fysiske, økonomiske, sosiale, mentale, emosjonelle, kulturelle og åndelige determinanter. Dette poenget at faktorene spiller sammen, er hovedpoenget i det kontekstuelle i en funksjonell analyse. Psykososial helse er et produkt av læringshistorien som leder til atferd (observerbare handlinger, emosjoner og tanker) som bidrar til en opplevelse av psykososial helse. Hva som bidrar til denne opplevelsen er individuelt, men kan sammenfattes i det flerdimensjonale begrepet livskvalitet. De faktorene som inngår i livskvalitet,

er opplevelse av personlig utvikling, selvbestemmelse, mellommenneskelige relasjoner, sosial inkludering, rettigheter, emosjonelt velvære, fysisk velvære og materielt velvære (Schalock et al., 2016). Psykososial helse vil også avhenge av individets håndtering av stressorer i hverdagen (Kumar, 2020), og dermed er individets psykososiale helse ikke bare et passivt produkt av kontekstuelle faktorer, men vil også påvirkes gjennom målrettede handlinger. Funksjonelle analyser har nettopp som siktemål å lede til handlinger som bedrer livskvalitet.

Funksjonelle analysers opphav

Funksjonelle analyser er et atferdsanalytisk begrep som handler om å finne «årsaker» til atferd og omfatter foranledninger som igangsetter og konsekvenser som forsterker atferden. I boka *Science and Human Behavior* (1953) analyserer Skinner sosial atferd, selvkontroll, politikk, psykoterapi og utdanning med dette som utgangspunkt. Til tross for denne bredden i nedslagsfeltet skjedde det en dreining ved at funksjonell analyse ble tydeligst forbundet med intervensjoner rettet mot atferd som utfordrer (Saini, 2021). Startpunktet for utbredelsen var Edward G. Carr sin artikkel fra 1977 som tok for seg selvskadende atferd hos personer med utviklingshemming. Senere ble metodikken for kunnskapsinnhentingen mer systematisk ved introduksjonen av bruk av eksperimenter for å avdekke årsaker til atferd som utfordrer (Iwata et al., 1994).

Hvorfor funksjonelle analyser

Det finnes i dag utbredt anvendelse av og forskning rettet mot funksjonell analyse av atferd som utfordrer hos ulike grupper med bruk på intervensjoner utledet fra analysene der siktemålet er å hjelpe personer som fremviser atferd som utfordrer som hindrer deltakelse i kulturelt og sosialt liv, eller som er til fare for dem selv eller andre (Torve & Larsen, 2020). En av årsakene til at

funksjonelle analyser kan være et klokt bidrag for å fremme psykososial helse, er den brede forskningsmessige støtten som ligger til grunn. Funksjonelle analyser har vært brukt til å hjelpe personer i ulike aldersgrupper med mange ulike diagnoser med et bredt spekter av utfordringer. Problemområdene som har blitt analysert, har vært selvskadende atferd, angrep mot andre og materiell ødeleggelse (Melanson & Fahmie, 2023). Søvnvansker, spisevegring hos barn, gulping, overdreven gambling og upassende verbal atferd er noen av eksemplene på utfordringer som har blitt analysert funksjonelt (Torve og Larsen, 2020). Analysene har vært rettet mot personer med rusavhengighet, ADHD, angstlidelser og spiseforstyrrelser (se Sturmey, 2020). Funksjonelle analyser er utgangspunkt for effektive intervensjoner. Eksempelvis så er tiltak utledet av funksjonelle analyser rettet mot skolebarn med ulike funksjonsnedsettelse gjennomgått i en metaanalyse som viste moderate til sterke effekter av intervensjonene (Walker et al., 2018).

Funksjonelle analyser utgjør et alternativ til et ensidig individfokus, som overser menneskets væren som sammenvevet med det fysiske, psykiske og sosiale miljøet. Hovedbudskapet innen atferdsanalyse er at all atferd er funksjonelt relatert til miljøet – det vil si fysiske hendelser, andre personers atferd og annen privat atferd hos personen selv. Funksjonelt relatert atferd ble kommentert av Skinner: «We need to establish laws by virtue of which we may predict behavior, and we may do this only by finding variables of which behavior is a function» (Skinner, 1938, s. 8). Skinner sitt poeng var at all atferd burde forstås kontekstuellt som en funksjon av foranledninger og konsekvenser. Atferdsanalyse som økologisk forståelse av atferd representerer et alternativ til å plassere årsaker kun i mentale størrelser som individets vilje og motivasjon, men heller se menneskets handlinger som et dynamisk samspill mellom atferd som foregår inne mennesket, og ytre betingelser (som andre mennesker og det fysiske miljøets påvirkning). Perspektivet utfordrer også den biomedisinske modellen innenfor psykiatrien, der hypotesen er at diagnoser forårsakes av underliggende sykdom som har vært dominerende (Hofman & Hayes, 2019). I den grad fysiologiske premisser som sykdom spiller inn, så er dette bare en av mange faktorer som inngår i en funksjonell analyse. Å finne et mønster i læringshistorien med hensyn til hvilke konsekvenser som virker på det vi gjør nå, kan være et viktig bidrag til å endre atferd som bedrer opplevelse av psykososial helse.

Hvordan gjennomføre funksjonelle analyser

Funksjonelle analyser er en prosess som søker å beskrive forholdet mellom hendelser i miljøet og forekomster av en spesifisert atferd. Prosessen inkluderer en rekke direkte og indirekte datainnsamlingsstrategier samt eksperimentelle manipulasjoner kjent som funksjonell analyse. Forutsetningen for å kartlegge funksjonelt er en grunnprinsipp fra atferdsanalyse (operant læringspsykologi). Startpunktet for analysen er atferden som før den forekommer blir påvirket av motivasjonelle hendelser i form av forhold som gjør at en person får mer eller mindre lyst på noe eller behov for noe. Eksempelvis vil det å ha vært isolert fra folk over lang tid gjøre at sosial kontakt får større verdi, og handlinger som leder til sosialt samvær blir mer sannsynlige. En annen faktor er mer direkte foranledninger som gjør en viss atferd svært sannsynlig. Det at en person som du liker veldig godt entrer rommet, vil være en slik foranledning (diskriminativ stimulus) som gjør at du trolig begynner å snakke med denne personen. Konsekvensene som løper etter atferden, påvirker sannsynligheten for gjentakelse av atferden i lignende kontekster i fremtiden. Gitt at samtalen med denne favorittpersonen var svært givende, så vil dette bidra til ytterligere økt sannsynlighet for at du vil snakke til denne personen neste gang dere møtes. Din snakking med den andre har blitt positivt forsterket – den hyggelige setningen fra den andre har fungert som en positiv forsterker for din atferd. Disse komponentene er de viktigste enhetene som blir observert og registrert i en funksjonell analyse (se for eksempel Fisher et al. (2021) for en gjennomgang av grunnbegreper innen atferdsanalyse). Selv om handlingene våre mer er å forstå som en atferdsmessig strøm (Schoenfeld & Farmer, 1970), så deler atferdsanalysen opp denne strømmen og setter begreper på inndelingene ut fra pragmatiske årsaker – vi må kunne snakke om atferd og hva som påvirker. For eksempel vil det å føle seg sint, oppfatte et blick fra andre eller oppleve ubehaget ved andres høye stemmer ikke være klart avgrensede stimuli, men heller er hendelser med glidende overganger og uklar begynnelse og slutt. Ut fra pragmatiske hensyn vil et atferdsanalytisk ståsted avgrense strømmen av atferd og analysere den i segmenter. Ved å samle inn kunnskap om foranledning og konsekvenser knyttet til en bestemt type atferd vil mønsteret kunne si noe om atferdens årsak – det vil si danne en hypotese om atferdens funksjon.

I dagligtale snakker vi om hensikt, intensjon eller meningen bak handlinger. Det er utviklet en rekke verktøy og ulike metoder for å samle inn informasjon som kan bidra til hypotesedannelse om funksjonen til atferden. Metodene kan deles inn i tre hovedgrupper, der den mest brukte i Norge er direkte metoder (Torve & Nilsen, 2020). Atferden som skal analyseres, observeres her og nå, det vil si når den skjer, oftest ved hjelp av skjema der foranledninger, atferd og konsekvensene som følger, blir notert fortløpende, et såkalt FAK-skjema (Mayer et al., 2014). Skjemaet består av oftest av tre kolonner, der første vil omfatte det som er mulig å observere før atferden forekommer, en midtkolonne der selve beskrivelsen av atferden forekommer, og en siste kolonne der hendelsene etter atferden forekommer. Tidshorisonten er kort, ved at det som fortrinnsvis er viktig å notere, er det som skjer umiddelbart før og etter atferden. Hovedsakelig vektlegges de observerbare hendelsene, men også mer bakenforliggende variabler, som å være sulten, belastende opplevelser dagen før, sykdom etc., vil føyes til. Analysen foregår da ved å finne mønstre i observasjonene. Fordelen ved denne direkte metoden er at den gir et rikt bilde med mange variabler, som kan analyseres kvantitativt ved å telle sammenfall mellom atferden og andre variabler eller tolke mulige sammenhenger mer kvalitativt med utgangspunkt i dypere kjennskap til personen og teoretiske aspekter. Ulempene er at det kan bli store mengder informasjon, og presisjonen i gjengivelsen av hendelsene vil medvirke til om det er mulig å oppdage samvariasjoner mellom foranledninger, atferden og konsekvenser (Holden, 2013), samt at det er fare for reaktivitet, det vil si at selve det å observere påvirker situasjonen og resultatene (Call et al., 2017). Det er også vanskelig å bestemme hvor lenge en observasjon skal foregå, for å kunne fremsette en så valid hypotese som mulig om sammenhengene mellom atferden og de kontekstuelle variabler (Tiger et al., 2013).

En annen måte å samle inn informasjon på er gjennom indirekte metoder, som er en samlebetegnelse på intervjuer og spørreskjema som er basert på spørsmål som skal avdekke hensikten med atferden. Et typisk spørsmål er: «Ser det ut til at atferden signaliserer til deg at han/hun ikke føler seg bra?». Den som svarer på spørreskjemaet, skårer da på en Likert-skala fra 1–3 som representerer kategoriene fra «aldri» til «alltid» (fra Questions About Behavior Function (QUABF; Matson & Vollmer, 1985). Andre indirekte verktøy er strukturerte intervju med spørsmål av typen «Hva skjer når atferden forekommer?» og «Ser det ut til at atferden forekommer når barnet vil oppnå

noe?» (fra Functional Assessment Interview; O'Neill et al., 1997). Fordeler ved disse indirekte måtene å samle inn data på er at de er enkle å bruke, krever lite opplæring, og atferden trenger ikke å forekomme siden informanten gjenkaller retrospektivt episoden. Ulempen er lav validitet, avhengighet av kompetansen til den som svarer på spørsmålene, fare for at resultatene bare gjenspeiler de antakelsene informanten hadde på forhånd, og en tendens til at konklusjonene blir forenklinger som ikke tar høyde for at atferden kan påvirkes av variabler som ikke er tatt med i spørsmålene (såkalte idiosynkratiske funksjoner) (se Call et al., 2017). Den tredje metoden for å finne funksjonen til atferd som utfordrer, er eksperimentell funksjonell analyse, som innebærer en systematisk testing hvor ulike konsekvenser gis basert på forekomsten av utfordrende atferd. Denne metoden foregår i en kontrollert og avgrenset situasjon, hvor konsekvensene er nøye planlagt. Ved å observere samvariasjonen mellom ulike konsekvenser og høy forekomst av atferden kan man formulere hypoteser om funksjonelle sammenhenger (Iwata et al., 1994). Dette er den metoden som er minst brukt i Norge (Torve & Larsen, 2020), muligens siden metoden kan omfatte fremprovosering av atferd, noe som medfører faglige og etiske utfordringer (Helsedirektoratet, 2015). Felles for alle de tre metodiske variantene er at de danner grunnlag for hypoteser om atferdens funksjon.

Hva er årsaken til atferden

Atferdens funksjon vil være årsaken til atferden eller hva som får den til å skje og til å gjenta seg. Atferdsanalysen har identifisert noen grunnleggende prinsipper for læring, som kan bidra til å organisere sammenhengene. Atferden opprettholdes av en endring i miljøet personen har en preferanse for (positiv forsterkning) eller av unngåelse av ubehagelige (aversive) hendelser (negativ forsterkning). Disse konsekvensene som opprettholder atferden kan oppstå i det fysiske miljøet, være sosiale eller oppstå inne i personen selv (som fysisk opplevelse, emosjoner eller tanker). Analysen av data fra spørreskjema, intervju eller direkte observasjoner deles inn i kategorier ut fra atferdsanalytiske prinsipper. Basert på teori og forskning på funksjonen til atferd som utfordrer, ser det ut til at funksjonen til atferd som utfordrer kan deles inn

i seks hovedfunksjoner i henhold til konsekvenser (Beavers et al., 2013). Dette omfatter tre varianter av positiv forsterkning, ved at atferden har sin årsak i sosiale konsekvenser (ros, oppmerksomhet, anerkjennelse, blikk), materielle konsekvenser (tilgang til mat, drikke, aktiviteter, gjenstander) eller sensoriske konsekvenser som er uavhengige av andre (slik om taktile stimuli mot huden, killing i magen og følelser). De resterende tre kategoriene med årsaker baseres seg på negativ forsterking i form av unnslippelse fra sosiale ubehag (som andres oppmerksomhet), unnslippelse fra ubehagelige hendelser knyttet til det materielle (aktiviteter, gjenstander, situasjoner) eller unnslippelse eller unngåelse av sensorisk ubehag (ved at indre opplevd ubehag opphører når atferden forekommer). Likevel er det slik at en atferd kan påvirkes av mange konsekvenser, både i samme situasjon eller på tvers av ulike kontekster. En oversiktsartikkel over funksjoner funnet i analyser av atferd som utfordrer, hadde atferden som utfordret, en klar hensikt eller funksjon i ca. 60 % av tilfellene, mens i de andre tilfellene hadde atferden to eller flere funksjoner (Melanson & Fahmie, 2023). Dette underbygger at det å finne årsaken til atferd er komplisert. Likevel viser forskning at intervensjoner som baserer seg på en funksjonell analyse (såkalte årsaksbaserte tiltak), gir bedre resultater enn når intervensjonen ikke baserer seg på slik metodikk for avklaring av årsakssammenhenger (Ingram et al., 2005).

Å utvide bruken av funksjonell analyse

Til tross for en økt utbredelse av funksjonelle analyser så har fokuset vært begrenset til atferd som utfordrer der kartleggingsprosessene og analysene har vært drevet av en tjenesteyter (Iwata et al., 1994; Hanley et al., 2003; Beavers et al., 2013; Melanson & Fahmie, 2023). Vi vil nå utforske om funksjonelle analyser kan benyttes for å forstå egen atferd. Videre vil vi foreslå å endre fokus i analysene fra atferd som utfordrer, til handlinger som er ønskede og hensiktsfulle.

Funksjonell analyse av egen atferd

Funksjonelle analyser blir initiert og styrt av en profesjonell. Det er den profesjonelle som foretar observasjonene, intervjuer eller administrerer spørreskjema til personer som kjenner godt den som er tjenestemottaker. Det vil si at metodene er utviklet med tanke på å analysere andres atferd. Det å lære bort funksjonelle analyser til den det gjelder, har i liten grad har vært vektlagt tidligere (Myhre et al., 2018). Selv om verktøy for funksjonelle analyser stort sett er utarbeidet for å kartlegge andres atferd, er det mulig å benytte dem med utgangspunkt i egen atferd. Det å la en person ta over ansvaret for funksjonell analyse av egen atferd kan ha mange gevinster. For det første er brukermedvirkning en lovfestet rettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kap. 3) som er i tråd med en verdimeisig overbygning som råder i helse- og omsorgstjenester i dag (Helsedirektoratet, 2017). Funksjonell analyse vil også være psykoedukativ slik en finner i en del atferdsanalytiske terapiformer som gir pasienter kontekstuelle forklaringer på symptomer og atferd som utfordrer (Myhre et al., 2018).

Kartleggingsmetodikken kan være interessant å overføre med noen justeringer og tilpasninger.

Det å bruke indirekte metoder for kartlegging er fullt mulig å gjøre rettet mot egen atferd. Spørreskjema som brukes i funksjonell analyse (se QABF tidligere i kapitlet), er utviklet med tanke på å avdekke funksjonen til atferden som utfordrer. Det går likevel an å gjøre tilpasninger, eventuelt bruke en åpnere form på spørsmålene slik en gjør ved intervju (se Functional Assessment Interview, O'Neill et al., 1997). Den metoden som trolig er enklest å overføre, er direkte observasjoner. Det å kartlegge egen atferd, dens foranledninger og konsekvenser i et FAK-skjema er fullt mulig og vil kunne tilpasses enkelt til å fokusere på egen atferd. Det er viktig å ha en klar forståelse av hvilken atferd en er ute etter å forstå og analysere. Når funksjonell analyse er brukt for å forstå andres atferd, er det krav til definisjonen av den atferden som kartlegges. Atferden skal beskrives med atferdsbegreper, og den bør være målbar. Definisjonen bør avgrense tilgrensende atferd som ikke skal analyseres, og definisjonen bør angis skriftlig (Miltenberger, 2016). Selv om dette er rigide krav, så gir det en pekepinn på viktigheten å ha en klar formening om hvilken atferd som skal være gjenstand for analyse – selv når det er ens egen. Det er en misforståelse at atferdsanalyse bare er opptatt av det observerbare. Tanker og

følelser er en viktig del av analysen (Skinner, 1945), men er mer utilgjengelig hos andre personer. Når en person gjennomfører funksjonell analyse av egen atferd, vil tanker og følelser være viktige å få med i analysen. Dette vil kunne gi en bredere forståelse av kontekstuelle variabler, siden dette er informasjon som kun er tilgjengelig for personen selv.

Ekspérimentell metode kan være mindre egnet for analyse av egen atferd. Selv om personen ikke kan arrangere eksperimentelle betingelser for seg selv, så vil systematiske variasjoner i betingelser kunne oppstå i naturlige situasjoner. Eksempelvis er det en far som erfarer stor variasjon i forekomst av krangling på tur med familien. Han klarer å identifisere to variabler som ser ut til å samvariere med fred og harmoni – det er at familien drar på ettermiddagen, samt at alle spiser før de setter seg i bilen. Han bestemmer seg for å følge med litt i dette og ser at mønsteret er tydelig. Her har han identifisert to foranledninger som påvirker og danner grunnlaget for en hypotese om årsakene til krangling i familien.

I mange tilfeller er ikke hypotesen om sammenhenger tydelig. Et av forslagene er da å kombinere de metodene for innsamling av data som er beskrevet ovenfor. Det å finne funksjonen til handlingene våre er nettopp en måte å tilnærme seg dette prosjektet på å forstå seg selv som enkeltmenneske. «Know thyself» sto det skrevet over tempelet i Delphi i antikkens tid. Det er ikke tvil om at det å prøve å forstå seg selv er et prosjekt som har opptatt mennesket, både å forstå hele menneskeheten (nomotetisk) og det å kjenne seg selv som enkeltmenneske (idiografisk). Den kontekstuelle måten å forstå atferd på er også et verktøy som kan brukes til å forstå seg selv som et ledd i å bedre psykososial helse.

Det økologiske perspektivet som trer frem i funksjonelle analyser, forener både handlinger (tanker, det å føle, offentlig atferd), den fysiske og den sosiale verdenen. På denne måten kan en tenke seg funksjonelle analyser som forebyggende virksomhet, ved at personer som opplever utfordringer knyttet til psykososial helse, får redskaper og analyseteknikker til å forstå seg selv på et langt tidligere stadium enn det som mulig når det er profesjonelle andre som igangsetter en slik prosess. Denne tidligintervensjonen når det gjelder symptomer eller livsutfordringer basert på funksjonell analyse er lite utforsket både klinisk og forskningsmessig.

Løsningsfokus

En annen vinkling på funksjonelle analyser som kan bidra ytterligere til psykososial helse er å rette søkelyset mot hva som leder til mestring og generell livskvalitet. Funksjonelle analyser er et samlebegrep som opprinnelig betydde å finne årsaker til atferd generelt, uavhengig av om den er adaptiv eller problematisk (Skinner, 1953). Den funksjonelle analysen trekkes da ut av den typiske behandlingen eller terapien ledet av terapeuten eller ekspertten. I tillegg dreier fokuset mot hva som fremmer psykososial helse – altså mer karakter av løsningsfokus enn problemfokus. Å finne et mønster i læringshistorien med hensyn til hvilke konsekvenser som virker på det vi gjør nå, kan være et viktig bidrag til å endre atferd som bedrer opplevelse av psykososial helse. Vi kan få oversikt over hvordan andre menneskers reaksjoner på oss påvirker samhandlingsmønsteret.

I dialektisk atferdsterapi snakker en om kjedeanalyser og løsningsanalyser. Fokuset i disse analysene er sekvenser av atferd. En får frem tanker, følelser og kroppslige reaksjoner (privat atferd) i en funksjonell analyse ved å se på sekvenser av privat atferd frembrakt av en foranledigende hendelse fremfor å se på en avgrenset atferd. I løsningsanalysen identifiseres alternativ atferd som etableres ved bruk av for eksempel ferdighetstrening (Myhre et al., 2018).

Det å bruke funksjonelle analyser til å se på hva som skjer rett før og rett etter atferd når mestring forekommer, kan minne om å søke etter resiliensfaktorer. Rammeverket og logikken vil kunne være verktøy som avdekker i hvilke situasjoner og under hvilke betingelser atferden som medfører mestring forekommer. Hvis det å spise salat er et mål, kan personen analysere hva som var foranledning og hva som var konsekvenser når hen valgte å ta salat og ikke frityrbasert lunsj (dersom salatspising er et sosialt validt mål for deg som vil kunne bidra til fremtidig atferdsendring). Når morgenen forløper i harmoni og familielykke, bør en se på hva de kontekstuelle faktorene er som medfører dette, dersom hensikten er å bedre morgenstunden i hjemmet. Fokus kan være å analysere atferd som leder til mer livskvalitet – det gode liv. Her finnes det et forbindelsespunkt til positiv psykologi ved at funksjonell analyse vil kunne konkretisere atferd som fører til at en har det godt.

Mulige gevinster ved å finne funksjonen til atferden

Du kan påvirke foranledninger

Foranledningene for atferden er alt som bidrar til at personen utfører nettopp den handlingen og ikke andre handlinger. De er å anse som muligheter, det er stimuli eller hendelser som vi har erfaring med fra tidligere og som er signaler om hva som hender hvis vi handler. Dette kan være et hyggelig smil fra en person. Du har tidligere erfart at når hen smiler slik, så får du hyggelige kommentarer tilbake hvis du tar kontakt. Synet av smilet øker dermed sannsynligheten for å at du tar kontakt med denne personen. Et annet eksempel er synet av det rene sengetøyet som gjør at du legger deg tidligere, siden du har en læringshistorie på den behagelige opplevelsen nyvasket sengetøy er. Rent sengetøy og personens smil er foranledninger som vil påvirke valgene våre ved at de gjør atferden å legge seg eller si hei mer sannsynlig når de er til stede. De er diskriminative stimuli som betyr at de signaliserer at en bestemt type atferd vil bli forsterket (Miltenberger, 2016). Det å kunne forstå hva som påvirker en til å foreta ulike handlingsvalg, kan være viktig for psykososial helse. Vi har muligheter til å påvirke miljøet ved å fjerne eller tilføre slike stimuli som gjør det mer sannsynlig at vi utfører visse handlinger (Skinner, 1953). Du kan velge å omgås personer som nettopp smiler hyggelig, og du kan utvise selvkontroll ved å skifte på senga slik at du mer sannsynlig får lagt deg tidlig og dermed bidra til økt emosjonelt og fysisk velvære.

Foranledninger er også hendelser eller stimuli som utløser medfødte responser hos oss. Gjennom læringshistorien har stimuli som utløser responser hos oss, blitt assosiert med andre stimuli. Dette er bedre kjent som klassisk betinging, som første gang ble beskrevet av Ivan P. Pavlov (1927). Vekking av minner som setter oss i godt eller dårlig humør, er eksempler på dette. Eksempelvis så vil lyden av bølgeskvulp kunne få hjertet til å banke litt fortere og gi en opplevelse av å være glad på grunn av den assosiasjonen som ble dannet da du satt i mormors myke fang på sommeren omgitt av denne lyden. Det at du skvetter til av redsel hver gang telefonen ringer, som en følge av at bortgangen til en nær venn nettopp ble gitt per telefon i forrige uke, kan også være et eksempel på klassisk betinging. Bølgeskvulpet og telefonringingen utløser responser hos oss som inngår i det som kalles emosjoner. Emosjoner kan ses på som en sammensatt størrelse som består av både kognitive (tankemessige) og kroppslige prosesser som ved klassisk betinging (Barret, 2017). Det å vite

hva som fremkaller en emosjon i miljøet rundt vil kunne bidra til å finne måter å regulere denne på. Å kunne forstå hvilke hendelser eller stimuli som utløser slike medfødte reaksjoner hos oss, inngår i det å kjenne seg selv. Det å få oversikt over hva som utløser positive emosjoner, er en forutsetning for å viljestyrt planlegge for å øke tilgangen til situasjoner der disse hendelsene forekommer. (For en mer omfattende redegjørelse for respondent-betinging / klassisk betinging, se Donahoe & Vegas, 2021.)

En tredje kategori med foranledninger er motivasjonelle hendelser. Det er hendelser i miljøet som påvirker oss til å få mer eller mindre lyst på noe eller være mer eller mindre motivert for å bli kvitt ubehag. Slike motivasjonelle hendelser påvirker oss til å gjøre mer for å få tilgang til det vi ønsker sterkt, og det påvirker oss slik at det vi ønsker oss blir veldig viktig og får betydning for læringen vår (Michael, 1982). En leder vet for eksempel at krav og spørsmål virker veldig belastende på henne slik at hun kan svare hissig hvis det er mye lyd rundt henne. Derfor passer hun på å skru av alle lydskilder når hun skal ta en vanskelig samtale. En person som ønsker å gå ned i vekt, passer på å kjøpe et litt for trangt, men veldig fint klesplagg fordi dette øker verdien av å bli slankere, og dermed atferd som leder til dette som trening, spising av sunne matvarer. Det at vi kan identifisere hendelser som gjør oss mer eller mindre motiverte, gjør at vi også har tilgang til å påvirke motivasjonen vår og hvilke handlinger vi er tilbøyelige til å gjøre.

Konsekvensene påvirker på kort og lang sikt

Hva som hender etter at atferden har forekommet – etter at vi har handlet, følt eller tenkt – påvirker ikke atferden her og nå, men får innvirkning på hva vi kommer til å gjøre under lignende betingelser eller når lik kontekst oppstår neste gang. Den anvendte atferdsanalysen tar utgangspunkt i de forskningsbaserte prinsippene for læring en finner i læringspsykologien. Grunnleggende læringsprinsipper når det gjelder konsekvenser, er relativt enkle i sin grunnstruktur. Handlingsmønstre vil styrkes, overleve eller bestå som en del av atferdsrepertoaret hvis de medfører konsekvenser som er viktige for oss. Når konsekvenser oppstår etter atferd som gjør at atferden blir mer sannsynlig, kaller vi dette positiv forsterkning. Hvis det å spise middag sammen med familien medfører hyggelige prat ved bordet, så vil denne handlingen bli mer sannsynlig. Når atferd blir mer sannsynlig fordi atferden

har ført til unnslippelse eller unngåelse, kaller vi det for negativ forsterkning. Eksempelvis hvis du gruer deg til å delta i et middagsselskap og du ringer og sier at du dessverre er syk, så vil den lettelsen du opplever kunne øke sannsynligheten for at du bruker sykdom som unnskyldning i lignende situasjoner senere.

Funksjonell analyse av atferd som utfordrer, ser på atferdens hensikt og kan oppfattes som kommunikasjon. Selv om det er individuelle preferanser med hensyn til hva som opprettholder atferd, så vil som nevnt tidligere atferd som utfordrer, kunne opprettholdes av oppnåelse av sosial kontakt, oppnåelse av et materielt gode, unngåelse av sosial kontakt, unngåelse av krav eller av sensoriske konsekvenser (Carr et al., 1999). Som nevnt tidligere kan all atferd – ikke bare den som anses som hensiktsmessig å redusere, analyseres og forstås ut fra hvilke konsekvenser som opprettholdes.

Her kommer noen eksempler på ønsket positiv som kan analyseres fra Cooper et al. (2020):

Helseatferd: For å forbedre treningsvanene dine kan du analysere hva som utløser treningen (f.eks. å se treningsutstyr), selve atferden (trening) og konsekvensene (følelsen av velvære etterpå). Ved å identifisere disse faktorene kan du finne måter å øke sannsynligheten for regelmessig trening på.

Sosial atferd: For å forbedre sosiale ferdigheter kan du analysere situasjoner der du føler deg ukomfortabel (f.eks. store sosiale sammenkomster), atferden (hvordan du oppfører deg) og konsekvensene (hvordan andre reagerer). Dette kan hjelpe deg med å utvikle strategier for å håndtere sosiale situasjoner bedre.

Her kommer noen eksempler på ønsket positiv som kan analyseres fra Miltenberger (2016).

Studievaner: Hvis du har problemer med å konsentrere deg om studiene, kan du analysere situasjonen (f.eks. tidspunktet på dagen), atferden (studere) og konsekvensene (følelsen av mestring eller frustrasjon). Dette kan hjelpe deg med å finne de beste tidspunktene og metodene for effektiv studering.

Arbeidsvaner: For å bli mer produktiv på jobben kan du analysere hva som utløser produktivitet (f.eks. en ryddig arbeidsplass), selve atferden (å arbeide) og konsekvensene (følelsen av å ha oppnådd noe).

Ved å identifisere disse faktorene kan du finne måter å øke produktiviteten på. En grunnleggende tendens er at umiddelbare korttidskonsekvenser påvirker atferden mer enn langtidskonsekvenser (Rachlin, 1974). Det å identifisere hvilke kortsiktige konsekvenser som påvirker oss, gir mulighet til å utnytte denne læringsmekanismen. Du oppdager et mønster der oppmuntrende kommentarer fra andre gjør at du yter mer, og kan da be dine nærmeste om å gi dette når du står overfor en vanskelig oppgave. Det vil si du kan tilrettelegge for egne betingelser for å fremme atferd som medfører økt livskvalitet og psykososial helse.

Funksjonell analyse innen terapi

Funksjonelle analyser har utviklet seg ved at en inkorporerer flere og flere individuelle variabler i analysene og mer variasjon i måtene en kartlegger på (Arntzen, 2014). Det også et økt fokus på det prosessfilosofiske grunnlaget for funksjonelle analyser som medfører forståelsen av at funksjonelle analyser må gjennomføres jevnlig, siden atferdens funksjon kan endre seg over tid, og kan dermed ikke ses på som engangshendelser (Løkke & Orm, 2022). En rekke av individualterapiformene som benyttes i dag, har videreutviklet funksjonelle analyser. Kognitiv atferdsterapi har som utgangspunkt at den har søkelys på én type atferd – nemlig tanker. Innen kognitiv atferdsterapi inngår funksjonell analyse av foranledninger, atferd og konsekvenser. Her er fokuset på at mange typer atferd (av tanker, følelser, offentlig atferd og fysiske reaksjoner) gjensidig påvirker hverandre (Dramsdahl & Jordahl, 2015). Hensikten er å endre atferdsmønstre, følelsesmessige reaksjoner og tanker gjennom at en person lærer nye tenkemåter (Hayes, 2004). Mye av fokuset er på det pasienten opplever inne i seg, og ikke fullt så mye av analysen retter seg mot sosiale og fysiske hendelser i miljøet. I tillegg har kognitiv atferdsterapi et mer biomedisinsk utgangspunkt der diagnosen ofte er utgangspunkt. Ved å bruke funksjonell analyse av egen atferd så vil en inkludere det kontekstuelle i større grad, samtidig som en bruker verktøyene uavhengig og ikke minst før en medisinsk diagnose er satt. Andre empirisk støttede terapiformer har

også funksjonell analyse som en komponent – slik som dialektisk atferdsterapi, accept and commitment therapy (ACT), atferdsaktivering og dialektisk atferdsterapi (Myhre et al., 2018).

Avslutning

Funksjonelle analyser er et viktig bidrag til psykososial helse gitt den rollen dette perspektivet spiller i intervensjoner rettet mot ulike utfordringer og diagnosegrupper (jf. Sturmey, 2020). Selv om formålet alltid er endring til det bedre for personen selv, så har de funksjonelle analysene vært problemfokuserte. Et forslag er å utvide anvendelsen av funksjonell analyse ved å fokusere på atferd som leder til psykososial helse. Det finnes en rekke verktøy, og analysene er relativt enkle, slik at funksjonell analyse kan inngå mer i forebyggende arbeid med et utgangspunkt i det som faktisk er bra og fungerer. Dermed inngår funksjonell analyse ikke bare i intervensjoner rettet mot psykososial uhelse, men også for å bygge og vedlikeholde psykososial helse. Påvirkningsfaktorer som blir identifisert, kan påvirkes og legges til rette for slik at de handlingene vi ønsker å utføre, den atferden som er positiv eller de handlingsmønstrene som vi ønsker, vil øke.

Det atferdsanalytiske perspektivet er også idiosynkratisk i tilnærmingen og samtidig som det bygger på generelle mekanismer for læring (Svartdal & Løkke, 2023). Dette betyr at det er mulig å danne hypoteser om årsaken til atferd som omfatter generelle læringsmekanismer, samtidig som en har mulighet til å identifisere helt særegne og individuelle påvirkningsfaktorer som kun gjelder for denne personen i en gitt kontekst. Dette gir et mulighetsrom for å analysere egen atferd og hvilke variabler som påvirker den.

Psykososial helse kan ikke reduseres til bare kognisjon og indre motivasjon som årsaksforklaring – det blir bare en mental versjon av den biomedisinske modellen som bygger på overforenklede årsaksmodeller. Funksjonell analyse vil kunne håndtere og konkretisere kompleksiteten i hva som påvirker psykososial helse og vil være nyttig også for å forstå egen atferd. Dette vil kreve utprøving av de allerede eksisterende metodene for datainnsamling samt utvikling av spørreskjema og intervjuguider som retter seg mer mot atferd som

er positiv og ønsket heller enn uønsket. Det vil også være viktige forsknings-spørsmål knyttet til effekter og erfaringer med intervensjoner og tiltak utledet av funnene fra analysene (hypotesene om funksjon). Forskningen bør rette seg mot en bredde av ønsket atferd som bidrar til psykososial helse som involverer et mangfold av mennesker som representerer ulike utfordringer eller talenter.

Referanser

- Arntzen, E. (2014). Funksjonelle analyser: Status, utfordringer og veien videre. *Norsk tidsskrift for atferdsanalyse*, 41(1).
- Barrett, L. F. (2017). The theory of constructed emotion: An active inference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(1), 1–23. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw154>
- Beavers, G. A., Iwata, B. A. & Lerman, D. C. (2013). Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(1), 1–21. <https://doi.org/10.1002/jaba.30>
- Call, A. C., Scheithauer, M. C. & Mevers, J. L. (2017). Functional behavioral assessment. I J. K. Luiselli (Red.), *Applied Behavior Analysis Advanced Guidebook: A manual for Professional Practice*. Academic Press.
- Carr, E. G. (1977). The motivation of self-injurious behavior: A review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, 84(4), 800–816. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.4.800>
- Carr, E. G., Langdon, N. A. & Yarbrough, S. C. (1999). Hypothesis-based intervention for severe problem behavior. I A. C. Repp & R. H. Horner (Red.), *Functional analysis of problem behavior* (s. 9–31). Wadsworth Publishing Company.
- Cooper, J. O., Heron, T. E. & Heward, W. L. (2014). *Applied behavior analysis* (2. utg.). Pearson.
- Donahoe, J. W. & Vegas, R. (2021). Respondent (Pavlovian) conditioning. I W. W. Fisher, C. C. Piazza & H. S. Roane (Red.), *Handbook of applied behavior analysis* (s. 13–36). The Guilford Press.
- Drams Dahl, M. & Jordahl, H. (2015). *Kognitiv miljøterapi: Samarbeid og endring*. Fagbokforlaget.
- Fisher, W. W., Piazza, C. C. & Roane, H. S. (2021). *Handbook of applied behavior analysis* (2. utg.). The Guilford Press.
- Hanley, G. P., Iwata, B. A. & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 147–185. <https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-147>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. I S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Red.), *Mindfulness and acceptance – Expanding the cognitive-behavioral tradition* (s. 1–29). The Guilford Press.
- Helsedirektoratet. (2015). *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming: Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9* (IS-10/2015).
- Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning* [nettdokument]. (Siste faglige endring 15. desember 2022, lest 9. september 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Hofmann, S. G. & Hayes, S. C. (2019). Functional analysis is dead: Long live functional analysis. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 63–67. <https://doi.org/10.1177/2167702618805513>
- Holden, B. (2013). *Miljøbehandling: En atferdsanalytisk tilnærming*. Gyldendal Akademisk.

- Ingram, K., Lewis-Palmer, T. & Sugai, G. (2005). Function-based intervention planning: Comparing the effectiveness of FBA-based and non-FBA-based intervention plans. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 7(4), 224–236. <https://doi.org/10.1177/10983007050070040401>
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E. & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 197–209. <https://doi.org/10.1901/jaba.1994.27-197>
- Kumar, C. (2020). Psychosocial well-being of individuals. I W. Leal Filho, A. M. Azul, L. Brandli, P. G. Özuyar & T. Wall (Red.), *Quality education. Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-95870-5_45
- Løkke, J. A. & Orm, S. (2022). Funksjonelle analyser: Et miljødiagnostisk supplement til utforming av tiltak. I S. Haugland, U. Berge, A. Gjermestad, K. Høium & J. A. Løkke (Red.), *Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid* (s. 169–184). Universitetsforlaget.
- Matson, J. L. & Vollmer, T. R. (1995). Questions about behavioral function (QABF) [Database record]. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t64275-000>
- Mayer, G., Sulzer-Azaroff, B. & Wallace, M. (2016). *Behavior analysis for lasting change* (3. utg.). Sloan Publishing.
- Melanson, I. J. & Fahmie, T. A. (2023). Functional analysis of problem behavior: A 40-year review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 56(2), 262–281. <https://doi.org/10.1002/jaba.983>
- Michael, J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37(1), 149–155. <https://doi.org/10.1901/jeab.1982.37-149>
- Miltenberger, R. (2016). *Behavior modification: Principles and procedures* (6. utg.). Cengage Learning.
- Myhre, M., Tørmoen, A., Strømgren, B. & Walby, F. (2018). Tre generasjoner klinisk atferdsanalyse. *Norsk tidsskrift for atferdsanalyse*, 45(2), 71–85.
- O'Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K. & Newton, J. S. (1997). *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook*. Brooks/Cole Publishing Company.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. Oxford University Press.
- Rachlin, H. (1974). Self-control. *Behaviorism*, 2, 94–107.
- Saini, V., Fisher, W. W., Betz, A. M. & Piazza, C. C. (2021). Functional analysis. History and methods. I W. W. Fisher, C. C. Piazza & H. S. Roane (Red.), *Handbook of applied behavior analysis* (2. utg., s. 214–233). The Guilford Press.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Gomez, L. E. & Reinders, H. S. (2016). Moving us toward a theory of individual quality of life. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(1), 1–12. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.1.1>
- Schoenfeld, W. N. & Farmer, J. (1970). Reinforcement schedules and the “behavior stream”. I W. N. Schoenfeld (Red.), *The theory of reinforcement schedules* (s. 215–245). Appleton-Century-Crofts.

- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Sturmey, P. (2020). *Functional analysis in clinical treatment* (2. utg.). Academic Press.
- Svartdal, F. & Løkke, J. A. (2023). Diagnostic criteria to differentiate pathological procrastinators from common delayers: A re-analysis. *Frontiers in Psychology*, 14, Artikkel 1147401.
- Tiger, J. H., Miller, S. J., Mevers, J. L., Mintz, J. C., Scheithauer, M. C. & Alvarez, J. (2013). On the representativeness of behavior observation samples in classrooms: Representativeness of observation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(2), 424–435. <https://doi.org/10.1002/jaba.39>
- Torve, B. A. & Larsen, R. (2020). Funksjonelle analyser i norske studier av behandling av utfordrende atferd. *Norsk tidsskrift for atferdsanalyse*, 47(2), 81–96.
- Walker, V. L., Chung, Y.-C. & Bonnet, L. K. (2018). Function-based intervention in inclusive school settings: A meta-analysis. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 20(4), 203–216. <https://doi.org/10.1177/1098300717718350>

Haugland, S. H. (2025). Foreldrefyll, sprukken idyll og barnas psykososiale helse. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 177–188). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550210>

Kapittel 10

Foreldrefyll, sprukken idyll og barnas psykososiale helse

Siri Håvås Haugland

I dag er det dagen derpå. Jeg elsker dagen derpå. Jeg får til dagen derpå. Vet hva som skal skje og vet at jeg har kontroll. Er trøtt, så klart. Og fortsatt skjelven. Men dagen derpå er min belønning.

I går natt var forferdelig. En natt av mange, men likevel en av de verste hitil. Mamma hadde vært helt borte. Blikket hennes som et svart hull. Bestefar var tydelig nervøs, og i morges når jeg sto opp hadde stefaren min tatt ned knivene som han hadde kastet i veggen.

Beskrivelser av barndomsopplevelser av Sheila Burns Lykkås

Alkoholbruk er bittersøtt

De fleste voksne i Norge (82 % i 2021) drikker alkohol i løpet av året (FHI, 2022), og for mange av dem er alkoholbruk knyttet til sosiale og hyggelige anledninger. I mange år har jeg som en del av en forelesning vist bilder av rødvin som skjenkes i et glass og bedt tilhørere om umiddelbare assosiasjoner. De aller fleste svarer i retning av «fredag», «ferie», «god mat», «kos» og «sosialt samvær». Svarene er de samme uansett om jeg viser det til studenter eller ansatte som jobber med rusavhengige. Ytterst sjelden kommer det frem negative assosiasjoner som avhengighet, hodepine og fyll. Det er de søte sidene ved alkohol som trer frem, og det illustrerer at alkoholbruk er tett vevd sammen med sosiale begivenheter og markering av festlige anledninger. Språket vi bruker om alkoholbruk, tydeliggjør også denne kulturelle koblingen: «Å ta seg en fest» eller «han festet litt for mye i helgen» hentyder på det å drikke alkohol og gjerne da så mye alkohol at man blir litt beruset.

Alkoholbruk har imidlertid en mørkere side som handler om akutte helseskader (for eksempel forgiftning, drukning, ulykker, vold, mord) og langvarige skader som kreft, leverskader og avhengighet og død (WHO, 2018, s. 12–13). Verdens helseorganisasjon har tidligere definert risikofylt alkoholbruk som et drikkemønster som øker risikoen for skadelige konsekvenser for brukerens helse (Saunders et al., 1993), men i nyere beskrivelser av dette trekkes også potensial for skader hos mennesker rundt brukeren inn (WHO, 2022).

Når det gjelder skadevirkninger av alkoholbruk, har mye forskning vært opptatt av negative konsekvenser av alkoholbruk for den som drikker (Casswell, 2009, s. 4). I den grad det har vært forsket på konsekvenser for nære personer rundt den som drikker, har det vært blant dem som har et familiemedlem som er diagnostisert til å være avhengig av alkohol og kanskje har vært til behandling for slike problemer (McGovern et al., 2020; Rossow et al., 2016). Internasjonalt og nasjonalt har det vært forsket mindre på negative konsekvenser av mer vanlige drikkemønstre, og mesteparten av forskningen har dreid seg om hvordan foreldrenes alkoholbruk kan påvirke barnas egen rusbruk (Rossow et al., 2016). Hensikten med dette kapittelet er derfor å sette et særlig søkelys hvordan foreldreberuselse kan påvirke det psykososiale oppvekstmiljøet i familien. Temaet belyses gjennom en sammenfatning av eksisterende forskning om psykososiale konsekvenser av foreldres alkoholbruk og funn basert på data fra Fylkeshelseundersøkelsen i Agder (2019). Sheila Burns Lykkås har beskrevet egne barndomsopplevelser med foreldres alkoholbruk, og hennes korte tekster om dette bidrar også til å belyse temaet.

Alkoholproblemer blant norske foreldre

Hvor mange barn vokser opp med foreldre med alkoholproblemer? Svaret vil variere med hva slags alkoholbruk man definerer som problematisk. Indirekte beregninger har anslått at det kan ligge mellom 30 000–150 000 avhengig av hvordan man definerer problematisk alkoholbruk (Rossow, 2009; Torvik & Rognum, 2011). I en fylkeshelseundersøkelse blant voksne i den generelle befolkningen i Agder svarte 15,6 % at de vokste opp med problematisk alkoholbruk hos foreldre (Haugland & Elgán, 2021). Langt flere barn har imidlertid vært sammen med fulle foreldre som ikke nødvendigvis er alkoholavhengige, og norske undersøkelser viser at mellom 36–50 % av ungdommene har sett foreldrene beruset (Haugland et al., 2020; Haugland et al., 2012).

Fylkeshelseundersøkelsen i Agder

Fylkeshelseundersøkelsen¹ i Agder har kartlagt oppvekst- og levekårsforhold, helsetilstand og helserelatert atferd i den voksne befolkningen (18 år og oppover). Deltakerne ble trukket tilfeldig fra Folkeregisteret. Undersøkelsen ble gjennomført digitalt, og kontaktregisteret til Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) ble brukt for å hente e-post eller mobilnummer. Av dem som ble invitert til å delta i undersøkelsen, svarte 45,5 % (n = 28 047) på skjemaet. Blant de 28 047 som svarte, var det 53,2 % kvinner, gjennomsnittsalderen på dem som deltok var 46,9 år, og nesten halvparten (48,7 %) oppgav at de hadde noe utdanning fra universitet eller høyskole.

Som en del av undersøkelsen fikk deltakerne seks spørsmål (retrospektive) om foreldres problematiske alkoholbruk i oppveksten (kortversjon av et internasjonalt spørsmålsverktøy kalt CAST-6) før de fylte 18 år.

Figur 10.1

Andelen (%) voksne som svarer ja på ulike spørsmål om foreldres problematiske alkoholbruk i oppveksten (før de var 18 år).



1 Undersøkelsen er nærmere beskrevet i en rapport fra FHI: Skogen et al. (2020) Folkehelseundersøkelsen i Agder: Fremgangsmåte og utvalgte resultater (2020).

Resultatene presentert i figur 10.1 viser at foreldres alkoholbruk gjør noe med det psykososiale miljøet i hjemmet, for eksempel ved at barna hadde hørt foreldre krangle når en av foreldrene var full (18 %). Tallene synliggjør også at barna leter etter muligheter for å begrense foreldrenes alkoholbruk. Hele 18 % ønsket foreldrene ville slutte å drikke alkohol, og 11 % hadde hatt lyst til å gjemme eller tømme ut foreldres alkohol. Flere hadde oppfordret foreldrene til å slutte å drikke alkohol (12 %), og nesten like mange hadde selv kranget med foreldrene fordi de drakk (11 %).

Om man slår sammen svarene fra alle seks spørsmål og bruker en grense for alkoholproblemer som er brukt internasjonalt (CAST-6), er det 16 % som har vokst opp med foreldres alkoholproblem i Agder (Haugland & Elgán, 2021). Liknende forekomst av alkoholproblem er vist blant norske tenåringsfedre som deltok i Helseundersøkelsen i Trøndelag, mens det der var kun 5 % av tenåringsmødrene som rapporterte alkoholproblemer (Haugland et al., 2013). I Norden varierer forekomsten avhengig av hvordan «foreldres alkoholproblemer» er målt (Elgán & Leifman, 2013; Pisinger et al., 2023; Raninen et al., 2016), men i Sverige fant man et omfang på 13,1 %, som likner våre funn når de brukte samme måleinstrument (CAST-6) (Ramstedt et al., 2022).

Gjør det egentlig noe å være sammen med fulle foreldrene en gang iblant?

Stefaren min blir skummel når han drikker. Eller, først blir han glad og klengete på mamma, og så blir han bare mer og mer sint og skummel. Jeg vet dette, for jeg er med hele tiden, og forsøker å få dem begge i seng. De sovner så fort hvis de bare legger seg ...

Jeg er alltid til stede. Det kan være helt stille i huset, men allikevel våkner jeg når mamma og stefar drikker. Det gjør de sånn hver tredje uke eller en gang i måneden. Og så våkner jeg og går ned i stua og bare sitter der for å passe på mammaen min som jeg er så glad i. (Sheila Burns Lykkås)

Mange barn som må være sammen med fulle foreldre, opplever at rollene byttes om (Kelley et al., 2007; Tedgård et al., 2019). Barna må passe på foreldrene sine, og foreldrene trer ut av ansvaret sitt for en stund. Dette kan skape både utrygghet og uforutsigbarhet som påvirker barnas liv mens det pågår, men kan også sette spor som påvirker psykososial helse og livskvalitet som voksen (Aneta & Schier, 2012). Som figur 10.1 viser, strekker mange barn ansvarsfølelsen dit at de forsøker å påvirke situasjonen slik at foreldrene drikker mindre.

Selv om foreldrene ikke kan sies å være avhengig av alkohol i diagnostisk forstand, viser forskning at andre former for alkoholbruk hos foreldres alkoholbruk kan være av betydning for barnas psykososiale helse (Haugland et al., 2024; Haugland et al., 2019; Haugland et al., 2020; Haugland et al., 2012; Laslett et al., 2022; Laslett et al., 2017; Laslett et al., 2020; McGovern et al., 2020) ved at det blant annet øker risikoen for:

- å ha blitt utsatt for vold eller ha vært vitne til vold
- uønskede seksuelle hendelser
- skade ved ulykker (benbrudd, forgiftning, sykehusinnleggelse)
- negative psykologiske reaksjoner på vanskelige livserfaringer
- dødsfall hos noen som står nære
- opplevd katastrofe (brann, orkan ol)
- andre skremmende, farlige eller voldelige erfaringer
- psykiske helseplager
- dårlig helse etter egen oppfatning
- at barna ruser seg mer
- tannproblemer
- utagerende eller voldelig atferd
- skolevansker
- verbalt misbruk
- å bli forlatt uten tilsyn
- at foreldrerollen påvirkes negativt

Hva skjer med foreldre når de blir fulle?

Alkohol er et rusmiddel og kjemisk stoff med en rekke virkninger som kan gjøre det utfordrende å ivareta foreldreansvaret på en god måte. Ifølge Avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo universitetssykehus reduseres vår kritiske sans, konsentrasjonsevne og korttidshukommelse når vi drikker alkohol. I tillegg kan aggresjon og impulsivitet øke, og stemningsleiet heves (OUS, 2023). Til sammen kan dette bidra til en svekket kapasitet til å ivareta foreldrerollen på en god måte, selv om man ikke er avhengig av alkohol i diagnostisk forstand. Dette er på mange måter helt logisk ut fra alkoholens kjemiske egenskaper, men bekreftes også av forskning på hvordan folk oppfører seg når de drikker.

En systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen internasjonalt (Carvalho et al., 2025)² fant 57 artikler som undersøkte sammenhengen mellom foreldres alkoholbruk og foreldrepraksis. Majoriteten av studiene viste en sammenheng mellom foreldres alkoholbruk og redusert kvalitet på utøvelse av foreldrerollen som for eksempel brå og ufølsom oppdragelse, mindre varme og positivt samspill, mindre engasjement i barna, fremmedgjøring, mistillit, dårlig kommunikasjon, fysisk avstraffelse og svekket evne til å følge med på hva barna gjør.

I natt ble stefar plutselig rasende og truet med å velte steinbordet over føttene våre, og så sprang han ut på kjøkkenet og hentet kniver. Han fektet med den ene før han siktet på mamma. Snudde seg idet han kastet den og sendte den høyt opp under mønet. Neste kniv likedan. Mammans øyne var tomme hele tiden. Black out, kaller hun det. Bestefar livredd. Jeg satt urørlig i midten mellom mamma og bestefar i sofaen, og stefar sto foran oss. Og så var festen over.

Sheila Burns Lykkås

Når foreldre drikker seg beruset med barna til stede, øker faren for at barn utsettes for ubehagelige og noen ganger truende situasjoner som både kan være traumatiserende og en direkte trussel for helsen (Dube et al., 2001; Laslett et al., 2020). Like belastende for barns psykososiale helse kan det være

2 Er til fagfelleevaluering i tidsskrift februar 2025.

at foreldrene «forsvinner» i rusen og ikke er tilgjengelig for å ivareta barnas fysiske og emosjonelle behov (Laslett et al., 2017). Det er vanligere blant dem som vokser opp med foreldres alkoholproblem at de mangler en trygg voksen å komme til når det er vanskelig (Haugland et al., 2021). Når foreldrene drikker på en måte som gjør at de abdiserer fra foreldreansvaret, kan risikoen også for at barna utsettes for ubehagelige hendelser av andre voksne øke (Laslett et al., 2012; Vogeltanz et al., 1999).

Det å vokse opp med foreldres alkoholproblem øker risikoen sterkt for også å vokse opp i et familiemiljø som generelt er preget av mye krangling, uro, konflikter eller vanskelig kommunikasjon (Haugland et al., 2021).

Disse situasjonene kan sette spor som varer langt inn i voksenlivet, og det er vanligere blant dem som har vokst opp med foreldres alkoholproblemer å slite med vonde minner fra oppveksten pga. tap, svik, vanskjøtsel, vold, mishandling eller misbruk (Haugland et al., 2021).

For alle barn og unge er det viktig å ha trygge voksne i livet sitt som de unge kan henvende seg til når de opplever vanskeligheter eller trenger støtte (Whitehead et al., 2019). For dem som vokser opp under belastende forhold som for eksempel alkoholproblemer hos foreldrene, kan det å ha tilgang på en trygg voksen som gir støtte, være med på å redusere risikoen for negative helse-relaterte konsekvenser som følge av vanskelige livserfaringer (Bellis et al., 2017).

Dagen derpå

Selv om det å være sammen med fulle foreldre kan skape utfordringer for barna, kan også dagen derpå oppleves ubehagelig. Mye alkoholbruk kvelden før kan gi hodepine, generell uvelhetsfølelse, nedstemthet, kvalme og brekninger dagen derpå (OUS, 2023). Dette kan forlenge perioden hvor barn inntar voksenrollen for å ivareta foreldrene, eller at foreldrene kan oppleves utilgjengelig for barna.

For noen er dagen derpå imidlertid befriende, kanskje fordi spenningen knyttet til hva som kan komme til å skje når foreldrene drikker er borte, og foreldrene er på vei «tilbake» med økt oppmerksomhet på barna. Sheila beskriver dette slik:

Men i dag er en deilig dag. Mamma kommer til å være så lei seg. Til og med stefaren min vil være litt spakere enn vanlig, tror jeg. De to knivene i veggen er nemlig mitt trofe. Jeg vet og jeg så. De voksne skammer seg ekstra, merker jeg, for de kommer ikke fra et sted der dette er greit. Så i dag skal vi kose oss. Mamma vil lage det beste jeg vet. Spagetti med kjøttsaus, dessert og potetgull. Og jeg skal spise så mye jeg vil. Og så skal vi se på film, og så skal jeg gråte og få trøst. Og mamma skal love meg at det som skjedde i natt, aldri skal gjenta seg. Hun skal aldri drikke igjen, sier hun. Og jeg skal tro på det og roe meg ned. Og spise enda litt til og nyte dagen derpå. Den trygge dagen.

Sheila Burns Lykkås

Avslutning

Alkoholbruk er lovlig, og for mange også knyttet til hygge og sosiale anledninger. Det kan gjøre det utfordrende å sette søkelyset på at alkoholbruken noen ganger skader tredjepart. Dette kapittelet har vist at det å være med fulle foreldre ikke er så gunstig for barna og deres psykososiale helse, uavhengig av om foreldrene er alkoholavhengige eller ikke. Innsats for å redusere skadevirkninger for barn som følge av foreldres alkoholbruk bør antakelig være bred og sammensatt, og inkludere alkoholpolitiske virkemidler (Babor et al., 2022), universelle folkehelseiltak rettet til foreldre og barn, og tiltak for familien når foreldre er i rusbehandling.

Referanser

- Aneta, P. & Schier, K. (2012). The role reversal in the families of adult children of alcoholics. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14, 51–57.
- Babor, T. F., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingston, M., Rehm, J., Room, R., Rossow, I. & Sornpaisarn, B. (2022). Alcohol: No ordinary commodity – A summary of the third edition. *Addiction*, 117(12), 3024–3036. <https://doi.org/10.1111/add.16003>
- Bellis, M. A., Hardcastle, K., Ford, K., Hughes, K., Ashton, K., Quigg, Z. & Butler, N. (2017). Does continuous trusted adult support in childhood impart life-course resilience against adverse childhood experiences – A retrospective study on adult health-harming behaviours and mental well-being. *BMC Psychiatry*, 17, 110. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1260-z>
- Casswell, S. (2009). Alcohol industry and alcohol policy – The challenge ahead. *Addiction*, 104(s1), 3–5. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02429.x>
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J. & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 25(12), 1627–1640. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(01\)00293-9](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(01)00293-9)
- Elgán, T. H. & Leifman, H. (2013). Prevalence of adolescents who perceive their parents to have alcohol problems: A Swedish national survey using a web panel. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(7), 680–683. <https://doi.org/10.1177/1403494813491859>
- Folkhelseinstituttet. (2022). *Alkoholbruk i den voksne befolkningen*. Hentet 5. desember 2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/?term=&h=1>
- Haugland, S. H. & Elgán, T. H. (2021). Prevalence of parental alcohol problems among a general population sample of 28,047 Norwegian adults: Evidence for a socioeconomic gradient. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105412>
- Haugland, S. H., Carvalho, B., Stea, T. H., Strandheim, A. & Vederhus, J.-K. (2021). Associations between parental alcohol problems in childhood and adversities during childhood and later adulthood: A cross-sectional study of 28,047 adults from the general population. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00384-9>
- Haugland, S. H., Carvalho, B., Strandheim, A. & Stea, T. H. (2024). Parental alcohol intoxication, adverse childhood experiences, and negative psychological reactions to childhood adversities: Cross-sectional and prospective data from the population-based HUNT study. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. <https://doi.org/10.1007/s40653-024-00651-4>
- Haugland, S. H., Coombes, L. & Strandheim, A. (2019). Are sexually offensive or violent experiences more common among adolescents exposed to parental alcohol intoxication? *Child Abuse Review*, 28(5), 366–380. <https://doi.org/10.1002/car.2583>
- Haugland, S. H., Coombes, L. & Strandheim, A. (2020). Parental alcohol intoxication and adverse health outcomes among offspring: A 4-year follow-up HUNT study among 2,399 Norwegian adolescents. *Preventive Medicine Reports*, 20, 101170. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101170>

- Haugland, S. H., Holmen, T. L., Ravndal, E. & Bratberg, G. H. (2013). Parental alcohol misuse and hazardous drinking among offspring in a general teenage population: Gender-specific findings from the Young-HUNT 3 study. *BMC Public Health*, 13, 1140. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1140>
- Haugland, S. H., Strandheim, A. & Bratberg, G. (2012). Is high-risk use of intoxicants more common among adolescents who have seen their parents intoxicated? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(4), 410–413. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0623>
- Kelley, M. L., French, A., Bountress, K., Keefe, H. A., Schroeder, V., Steer, K., Fals-Stewart, W. & Gumienny, L. (2007). Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors*, 32(4), 675–685. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.06.010>
- Laslett, A.-M., Ferris, J., Dietze, P. & Room, R. (2012). Social demography of alcohol-related harm to children in Australia. *Addiction*, 107(6), 1082–1089. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03789.x>
- Laslett, A.-M., Kuntsche, S., Wilson, I. M., Taft, A., Fulu, E., Jewkes, R. & Graham, K. (2022). The relationship between fathers' heavy episodic drinking and fathering involvement in five Asia-Pacific countries: An individual participant data meta-analysis. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 46(12), 2137–2148. <https://doi.org/10.1111/acer.14955>
- Laslett, A.-M., Rankin, G., Waleewong, O., Callinan, S., Hoang, H. T. M., Florenzano, R., Hettige, S., Obot, I., Siengsouhthone, L., Ibanga, A., Hope, A., Landberg, J., Vu, H. T. M., Thamarangsi, T., Rekve, D. & Room, R. (2017). A multi-country study of harms to children because of others' drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(2), 195–202. <https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.195>
- Laslett, A.-M., Stanesby, O., Graham, K., Callinan, S., Karriker-Jaffe, K. J., Wilsnack, S., Kuntsche, S., Waleewong, O., Greenfield, T. K., Gmel, G., Florenzano, R., Hettige, S., Siengsouhthone, L., Wilson, I. M., Taft, A. & Room, R. (2020). Children's experience of physical harms and exposure to family violence from others' drinking in nine societies. *Addiction Research & Theory*, 28(4), 354–364.
- McGovern, R., Gilvarry, E., Addison, M., Alderson, H., Geijer-Simpson, E., Lingam, R., Smart, D. & Kaner, E. (2020). The association between adverse child health, psychological, educational and social outcomes, and nondependent parental substance use: A rapid evidence assessment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3), 470–483.
- Oslo Universitetssykehus. (2023). *Virkninger av alkohol på sentralnervesystemet og kroppen forøvrig*. Hentet 16. januar 2023 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rettsmedisinske-fag/alkohol-og-rusmidler/virkninger-av-alkohol-pa-sentralnervesystemet-og-kroppen-forovrig>
- Pisinger, V. S. C., Møller, S. P., Andersen, S. & Tolstrup, J. S. (2023). Perceived parental alcohol problems and later dropout and grade point average in high school: A register-based follow-up study. *Drug and Alcohol Review*, 42(4), 848–858. <https://doi.org/10.1111/dar.13617>
- Ramstedt, M., Raninen, J., Larm, P. & Livingston, M. (2022). Children with problem drinking parents in Sweden: Prevalence and risk of adverse consequences in a national cohort born in 2001. *Drug and Alcohol Review*, 41(3), 625–632. <https://doi.org/10.1111/dar.13406>

- Raninen, J., Elgán, T. H., Sundin, E. & Ramstedt, M. (2016). Prevalence of children whose parents have a substance use disorder: Findings from a Swedish general population survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(1), 14–17. <https://doi.org/10.1177/1403494815601525>
- Rossow, I., Felix, L., Keating, P. & McCambridge, J. (2016). Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies. *Drug and Alcohol Review*, 35(4), 397–405. <https://doi.org/10.1111/dar.12319>
- Rossow, I., Moan, I. S. & Natvig, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholmisbrukere: hvor mange er de og hvordan berøres de?* (SIRUS-Rapport nr. 9/2009). Statens institutt for rusmiddelforskning. <https://doi.org/oai.nb.bibsys.no:990940919004702202>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) – WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption. *Addiction*, 88(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Tedgård, E., Råstam, M. & Wirtberg, I. (2019). An upbringing with substance-abusing parents: Experiences of parentification and dysfunctional communication. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, 36(3), 223–247. <https://doi.org/10.1177/1455072518814308>
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (Rapport 2011:4). Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2011/barn-av-foreldre-med-psykiske-lidel>
- Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., Harris, T. R., Wilsnack, R. W., Wonderlich, S. A. & Kristjanson, A. F. (1999). Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: National survey findings. *Child Abuse & Neglect*, 23(6), 579–592. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(99\)00026-5](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(99)00026-5)
- Whitehead, R., Pringle, J., Scott, E., Milne, D. & McAteer, J. (2019). *The relationship between a trusted adult and adolescent health and education outcomes*. NHS Scotland. https://www.healthscotland.scot/media/2325/the-relationship-between-a-trusted-adult-and-adolescent-health-outcomes_6588.pdf
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>
- World Health Organization. (2022). *Harmful use of alcohol*. Hentet 7. oktober 2022 fra <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3415>

Johansen, V. F. & Andrews, T. M. (2025). Subtil kroppspress: Om hvordan kroppsreklame kan påvirke psykososial helse. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 189–204). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550211>

Kapittel 11

Subtilt kroppspress

Om hvordan kroppsreklame kan påvirke psykososial helse

Venke Frederike Johansen og Therese Marie Andrews

Å ha et positivt kroppsbilde er én av mange faktorer som kan bidra til god psykososial helse. Det som ofte kalles kroppspress eller forventninger om at kroppen skal se ut på en bestemt måte, kan bidra til det motsatte. I dette kapitlet retter vi søkelyset mot hvordan kroppspress kommer til uttrykk i markedsføring av kosmetisk kirurgi, på mer eller mindre subtile måter. Vi har studert markedsføring rettet mot kvinner, både fordi kvinner utgjør den klart største kundegruppen, og fordi markedsføringen hovedsakelig er rettet mot kvinner. Et underliggende budskap i tekst og bilder er at unge jenter og kvinner bør granske seg selv for feil og mangler, og at skalpellen kommer naturen til unnsetning når kroppen ikke svarer til de kulturelle forventningene.

Innledning

En persons kroppsbilde omfatter tanker og følelser om egen kropp og eget utseende, som kan slå ut både positivt og negativt. Flere studier viser at et positivt kroppsbilde og aksept av eget fysiske utseende kan kobles til selvtillit og verdsettelse av seg selv, mens et negativt kroppsbilde kan henge sammen med følelse av mindreverd (se Avalos et al., 2005; Wood-Barcalow et al., 2010; Beos et al., 2021). Opplevelse av egen kropp påvirkes imidlertid av en rekke forhold, inkludert oppfatninger og ideer om hvordan en ideell kropp bør se ut. Et negativt kroppsbilde kan for eksempel formes av at eget utseende sammenlignes med bilder av andres utseende. Dette gjelder særlig for jenter (se Casares & Binkley, 2022; Papageorgiou et al., 2022). Forestillinger om det ideelle utseendet og den ideelle kroppsfasongen kan virke som en form for kroppspress (Sundgot-Borgen et al., 2021). En rekke ungdomsundersøkelser over de siste tiårene har avdekket at kroppspress er særlig utbredt blant unge. I undersøkelsen som ble gjennomført i 2022 blant elever i ungdomsskole og i videregående skole, oppga vel 70 prosent at de hadde erfart *litt, en del, mye* eller *svært mye* press om å se bra ut eller å ha en fin kropp (Bakken, 2022). Det viser seg å være en betydelig overlapp mellom de som opplever psykiske helseplager, og de som er misfornøyde med eget utseende. Sammenhengen synes å være særlig sterk blant jenter (Holsen et al., 2001; Eriksen & Bakken, 2018; Urke, 2021); Riddervold, 2023). Kroppspress kan komme fra flere kilder,

som venner, familie og sosiale medier og sist, men ikke minst fra kroppspressindustrien selv gjennom ulike former for reklame (se blant andre Featherstone, 2010; Eckler et al., 2017; Mogstad, 2017).

«Men vi kan jo aldri bli som de på reklamen», sa ei ung jente som forklaring på hvorfor hun ikke ville dusje etter gymtimen. Hun utdypet at hun var for langt unna idealkroppen, og ikke hadde hun råd til operasjoner heller (Andrews & Johansen, 2005). Selv om det ligger en viss resignasjon i utsagnet, viser det at jenta gjennomskuer at hun er utsatt for reklamepress, men sånn er det ikke alltid. Noen ganger blir varer og tjenester markedsført på en slik måte at det ikke oppfattes som reklame. Snarere blir det oppfattet som et tilbud om hjelp til å løse et problem som tilbyderen gjør en oppmerksom på. Det er nettopp denne typen markedsføring vi finner innenfor bransjen som utfører kosmetisk kirurgi. Den utspiller seg hovedsakelig via Internett, det vil si via klinikkenes hjemmesider og Instagram-kontoer, godt hjulpet av kundelenker og påvirkere som forteller om *sine* vellykkede operasjoner (Johansen & Andrews, 2021). Innholdet i reklamen speiler faglig tyngde og ligner redaksjonell journalistikk. Dette kalles innholdsmarkedsføring og bidrar til å øke troverdigheten (Nisja-Wilhelmsen, 2017), samtidig som salgsmotivet blir vanskelig å oppdage. De aller fleste tilbyderne omtaler kunder som pasienter (Johansen & Andrews, 2021). Også friske personer som ber om hjelp fra helsepersonell, er pasienter ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Å bruke pasientbegrepet innen kosmetisk kirurgi faller med andre ord innenfor definisjonen, men samtidig kles kosmetisk kirurgi på denne måten i en «sykdomsdrakt». Budskapet er at pasienten har et behandlingssøkende problem, og pasientstatusen gir tilhørighet innenfor det medisinske ansvarsområdet (Johansen & Andrews, 2021).

Den raskt voksende bransjen har utviklet seg til en hybridhelsetjeneste som på den ene siden gjør hevd på helsearbeiderens kjernekompetanse, som er behandling og omsorg, og som på den andre siden innretter virksomheten sin etter økonomisk lønnsomme prinsipper. Det første fremheves i markedsføringsstrategiene, det siste fordekkes (Johansen & Andrews, 2021).

Tidligere studier viser altså at mange unge jenter og kvinner er utilfreds med kropp og utseende, og at de opplever kroppspress fra ulike hold, det være seg fra familie og venner, bilder av idealiserte kropper eller direkte sammenligning av egen kropp med andres, for eksempel på treningsentre (se bl.a. Mogstad, 2017; Sundgot-Borgen et al., 2021; Casares & Binkley, 2022;

Papageorgiou et al., 2022). I disse sammenhengene er kroppspresset mer eller mindre *åpenbart*. I vår undersøkelse har vi rettet søkelyset mot det *skjulte* budskapet, det vi i første rekke ikke oppfatter, men som kan ha en underliggende fortelling om at kroppen ikke er bra nok, og kan eller bør endres. Vi har studert markedsføring av kosmetisk kirurgi rettet mot kvinner og stiller spørsmål om det finnes underliggende budskap og mønstre i markedsføringen, og i så fall hvilke budskap dette er. Det skjulte, eller som tittelen sier – det subtile budskapet, er denne studiens omdreiningspunkt. Vi har imidlertid ikke undersøkt hvordan mulige kunder (her: kvinner og unge jenter) påvirkes av markedsføringen, og kan følgelig ikke si noe om deres opplevelser av dette.

I likhet med begrepet helse finnes det ingen entydig definisjon av psykososial helse. Fra midten av forrige århundre har forståelsen av helse vært plassert innenfor et spekter som strekker seg fra fravær av sykdom og lidelse, i den ene enden, til fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære i tråd med Verdens helseorganisasjons definisjon, i den andre enden (Andrews, 1998). Uavhengig av hvordan begrepet helse forstås, blir «psykososial» brukt som en fellesbetegnelse for psykiske og sosiale forhold av betydning for helse og mental fungering (Svartdal, 2020). Sosiale forhold kan dreie seg om sosialt miljø og personers sosiale omgivelser, mens psykiske forhold viser til personers måte å håndtere disse på, kognitivt og emosjonelt. Det psykososiale miljøet i en gitt sammenheng kan dermed være et resultat av et samspill mellom sosiale og individuelle faktorer. Selv om det med rimelig sikkerhet kan pekes ut sårbarhetsfaktorer som kan påvirke psykososial helse i negativ retning, er det usikkert hvilken effekt de ulike faktorene har (se Hummelvoll, 2012, s. 171). I vår argumentasjon tar vi utgangspunkt i at visse typer kroppsfasoner, som fremstilles som attråverdige i tilbyderes markedsføring, kan, direkte eller indirekte via sosiale omgivelser, påvirke personers oppfattelse av sin egen kropp på måter som kan bidra til følelse av misnøye med seg selv og sitt eget utseende, og med det bidra til redusert mentalt og sosialt velvære. Vi har likevel ikke grunnlag i vårt datamateriale for å si noe om eksakt negativ effekt av kroppspress på psykososial helse.

Markedsføring av kosmetisk kirurgi er i mange land uten restriksjoner. I Norge er imidlertid slik markedsføring underlagt strenge regler (HOD, 2005). Et overordnet prinsipp er at det er ulovlig å henvende seg til mulige kunder på måter som kan virke støtende eller krenkende, eller som spiller på folks lyter

eller fordommer mot normale kroppsvariasjoner. En generell regel er at man skal vurdere det umiddelbare inntrykk markedsføringen skaper hos den jevne forbruker, hvilken effekt annonseringen kan ha på den antatte målgruppen, og om det er et underliggende budskap i annonsen (HOD, 2005).

Regelverket er altså strengt, men er det likevel undertoner i reklamen som bidrar til forventninger og press på hvordan en kvinnekropp skal se ut? I dette kapitlet er det først og fremst de underliggende budskapene i markedsføringen vi skal se på, de vi ikke umiddelbart kan lese i klartekst – med andre ord det *subtile* budskapet. Begrepet *subtil* kan forklares som noe lurt, eller utspekulert og som man må ha skarp observasjonsevne for å oppfatte (NAOB, 2022).

Kulturelt press på kvinnekroppen – et kort historisk blikk

Kvinnebevegelsen har helt fra Mary Wollstonecrafts tid (2003/1792) pekt på at kvinner har vært usynlige som sosiale subjekter i det patriarkalske samfunnet. Kvinnekroppen, derimot, har vært synlig, objektivert og utsatt for gransking. Selv om kvinner i dag er selvstendige, synlige sosiale subjekter, vedvarer objektiverting. Det forventes at kroppen skal holde mål etter sosialt definerte parametere – som et imperativ om å adlyde normene for utseende (se for eksempel Goffman, 1990). Kroppsindustrien, anført av den kosmetiske kirurgien, markedsfører seg på måter som gjør at de mest sårbare kontinuerlig gransker seg selv for fysiske feil og mangler, og med det blir et lett bytte for bransjen (se Dolezal, 2010; Featherstone, 2010; Eckler et al., 2017; Mogstad, 2017).

Det var imidlertid først etter de to verdenskrigene – da det ikke lenger var behov for plastikkirurger til å rekonstruere ansiktene til lemlestedesoldater – at kvinner ble gjort til målgruppe for bransjen (Mendelson, 2013; Bishop, 2001). Under overskrifter som «Aldri mer stygg» begynte man å reklamere for kosmetisk kirurgi (Mønster-Kjær, 2018). Til å begynne med var kosmetisk kirurgi en marginal virksomhet, forbeholdt filmstjerner i USA, men etter hvert ble det noe «alle» kunne gjøre (se Featherstone, 2010; The Aesthetic Society, 2020–2021). I dag er kosmetiske inngrep blitt mulig på alle kroppsdelene (se for eksempel Connell, 2009, s. 54–55).

Datamateriale og metode

For å belyse hvordan tilbydere av kosmetisk kirurgi formidler budskap som kan tolkes i retning av kroppspress, bruker vi deler av datamaterialet fra en kvalitativ innholdsanalyse hvor vi studerte markedsføring av kosmetisk kirurgi, rettet mot kvinner (Johansen & Andrews, 2021). Data var hentet fra 36 norske klinikkers nettsider på Internett, deres Instagram-kontoer og kundelenker samt aviser. Oppmerksomheten ble rettet mot de vanligste kosmetiske operasjonene, som er brystforstørrelse, brystløft, fettsuging, neseplastikk og bukplastikk, men også rumpeforstørrelse, som i flere år var ulovlig i Norge på grunn av risiko for komplikasjoner, og kombinasjonsbehandlinger, som blir stadig mer etterspurt. Mens vi i den opprinnelige studien gransket markedsføringsstrategier på bakgrunn av regelverket formulert i HOD (2005), har vi her sortert ut deler av det samme datamaterialet og plassert dette innenfor et annet forskningsfelt og belyst det fra et annet perspektiv. Nærmere bestemt har vi sortert ut og studert markedsføringsstrategier som kan tolkes i retning av kroppspress.

«Tekst» har i vår studie en utvidet betydning. Det refererer ikke bare til skrevne ord, men også til bilder, videoklipp, farger, layout, overskrifter, begrepsbruk og terminologi. I likhet med resten av studien har vi også her dradd veksler på Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse (1995). Med diskurs menes her en bestemt måte å uttrykke seg på, som reflekterer en bestemt måte å tenke om emnet. Med *kritisk* diskursanalyse menes en detaljert metode for å analysere tekster i lys av et kritisk perspektiv på tekstens sosiale funksjon – altså hva de gjør med mottakeren. Fairclough retter oppmerksomheten mot fenomenet som er gjenstand for gransking (i denne sammenheng markedsføring av kosmetisk kirurgi), mot hvordan bestemte gruppers interesser kommer til syne, og mot hvordan diskurser bidrar til å skape og/eller opprettholde ubalanse i maktforhold mellom grupper (her: mellom tilbyder og kunde). Språk i bruk er, ifølge Fairclough, aldri nøytralt, men uttrykker et bestemt perspektiv på verden enten det er snakk om ordvalg eller bilder. Diskurser er både konstruerende og konstruerte, det vil si at de påvirker oppfatninger og praksiser, samtidig som diskursen selv er påvirket av etablerte oppfatninger og praksiser (Fairclough, 1995).

I analyseprosessen hvor vi gransket bilder, videoklipp, farger, layout og begrepsbruk, identifiserte vi fem strategier som tilbyderne bruker for å overbevise kvinner om at normale kroppsvariasjoner kan være problematiske, og

at det problematiske kan løses via ett eller flere kosmetiske inngrep. De fem strategiene er presentert og utdypet nedenfor. 0027

Resultater

Forespeiler bedre selvbilde og økt livskvalitet

En mye anvendt markedsføringsstrategi er å antyde gevinster utover det som selve produktet kan inneholde, blant annet økt livskvalitet. For eksempel skriver en tilbyder: «Det spesielle med estetisk kirurgi er målsettingen. Den er å forbedre livskvaliteten, ved å forbedre ens ytre.» Enkelte antyder også at man kan bli kvitt psykiske problemer, slik som denne:

Hvis det [kosmetisk kirurgi] brukes med rett hensikt, blir en plastikkoperasjon på ansiktet eller kroppen en positiv opplevelse, og du kan også bli kvitt fysiske, sosiale og/eller psykiske ubehag.

Noen ganger henvender tilbyderne seg til leserne på en personlig måte, og noen ganger er leseren i tillegg i en sårbar posisjon. Under overskriften «Mommy makeover og samvittighet» skriver en plastikkirurg følgende:

Når en mor føler seg ukomfortabel med hvordan hun ser ut, kan det påvirke humøret og få henne til å føle seg usikker i samhandling med andre. En ekstra påkjenning på toppen av alt annet [...] Et ønske om harmoni i kropp og sinn, en helhet slik du ønsker det, burde ikke være skambelagt. Tvert imot!

Her er riktignok ingen løfter om bedre livskvalitet, men det mer enn antydes at den postgravide kroppen ikke er beundringsverdig.

Mange klinikker har også lenker til pasientuttalelser, ofte med utsagn som tilbyderne selv ikke kan bruke på grunn av regelverket som er nedfelt i forskriften (jf. HOD, 2005). For eksempel skriver en kvinne etter brystløft og brystforstørring at hennes fem år gamle datter uttrykte at det var et mirakel da hun fikk se de nye brystene til moren.

Det underliggende budskapet i eksemplene ovenfor er at normale kroppsvariasjoner kan være en psykisk påkjenning som gir dårlig livskvalitet.

Alminneliggjør inngrep

I annonsetekstene forteller tilbyderne at kosmetiske inngrep er blitt svært vanlig. Noen legger også vekt på at det har blitt overkommelige priser for folk flest, og at den kosmetiske kirurgien i Norge holdes innenfor fornuftige rammer. Alminneliggjøring kommer også til uttrykk i omtalen av de enkelte inngrepene, særlig når det gjelder brystforstørrelse. For eksempel skriver en tilbyder at «Vi opererer mange hundre pasienter hvert år». Andre eksempler gjelder neseoperasjoner: «Kosmetisk neseoperasjon (populært kalt nose-job) har i dag blitt et vanlig inngrep innen plastisk kirurgi.»

Motetrender kan bidra til at nye typer inngrep blir etterspurt, for deretter å bli tilbudt av stadig flere klinikker. Et eksempel er «Brazilian butt lift» (rumpeforstørrelse med eget fett), som for få år siden ikke var et tilbud i Norge, blant annet på grunn av komplikasjoner (Eftestøl & Hetland, 2016). Nå finnes et titalls klinikker som tilbyr dette (hvorav åtte inngår i studien). En tilbyder skriver:

Å ha en fyldig og spenstig rumpe blir av mange sett på som både attraktivt og ungdommelig. Å få rumpen forstørret eller løftet kirurgisk var tradisjonelt mest etterspurt i Sør-Amerika og særlig Brasil, derav kalles et slikt inngrep gjerne for «Brazilian butt lift» (BBL). Trenden har for lengst spredt seg til vesten og er nå blitt en av de operasjonene som øker mest i etterspørsel.

Ovenfor ser vi eksempler på hvordan en diskurs (her: fenomenet kroppsforandring) både kan være konstruerende og konstruert. Den er konstruerende gjennom å skape en trend for visse typer inngrep (blant annet brystforstørrelse og neseplastikk) og konstruert ved å følge opp motetrender ved å tilby nye typer operasjoner (her: BBL).

Retter oppmerksomhet mot kroppslige feil

Formuleringer som innbyr til misnøye med egen kropp er utbredt, selv om budskapet som regel er subtilt. Et eksempel på dette er markedsføring av brystforstørrelse, hvor en tilbyder skriver: «For mange kvinner er brystene en viktig del av ens personlighet og selvfølelse».

En annen tilbyder formulerer følgende:

Ved brystforstørring med silikonimplantat kan små og tomme bryst få normal størrelse og form. [...] For kvinner kan det være en påkjenning å være misfornøyd med brystene, derfor er det mange som oppsøker oss for spørsmål og informasjon.

En subtil oppfordring til å se på seg selv med et kritisk blick gjelder også ansiktet, blant annet nesene, hvor en tilbyder skriver:

En harmonisk nese «blir ikke lagt merke til». En nese som derimot ikke harmonerer med ansiktet på grunn av sin størrelse eller avvikende form vil tiltrekke seg oppmerksomheten.

I en liste går det frem hva som vil tiltrekke seg oppmerksomheten, underforstått på en negativ måte. Blant annet gjelder det store nesebor, bred nese, høy neserygg, stor krumning på nesene eller nese som tipper.

Flere tilbydere uttrykker seg også negativt om spor av aldring, med overskrifter som: «Skriv klokken ti år tilbake». Negative aldringstegn utdypes i teksten: «Sliter du med slapp hud, dype rynker, trette øyne eller synkende kinn? Da kan et ansiktsløft være løsningen for deg».

I omtalen antydes det at aldringstegn er utiltalende og kan være vanskelig å leve med, særlig for kvinner. Noen klinikker uttrykker at noe ved kroppen kan være kosmetisk og sosialt skjemmende. Videre finnes ofte en indirekte oppfordring om å granske egen kropp, for eksempel egen rumpe, med påfølgende antydninger om at operasjon kan være løsningen, slik denne tilbyderen skriver: «[...] hvis rumpeballene er altfor flate eller kvadratformede slik at man ønsker at denne kroppsdelen blir bedre formet og rund.» En av tilbyderne oppsummerer sine tjenester i én setning, hvor de skriver: «La deg inspirere av våre tilbud». Underforstått: Her vil alle finne noe ved egen kropp som bør rettes på.

Spiller på femininitet og sensualitet

Spill på femininitet og sensualitet både i tekst, bilder og layout kommer til uttrykk blant annet på følgende måte: «En brystforstørrelse kan hjelpe deg til å få den kvinnelige figuren du alltid har ønsket deg [...]» eller:

[...] Brystene mister sin naturlige fasong og fasthet og begynner å synke. Dette kan gi kvinnen en følelse av mangel på femininitet, som kan resultere i nedsatt selvtillit og sjenanse, noe som påvirker det sosiale livet.

I noen tilfeller vises bilder av opererte bryster, noen ganger delvis dekket av hender, andre i sexy undertøy. Bildene ser ut til å være manipulert i form av myke konturer og duse farger eller svart-hvitt-sjatteringer. På en web-side kan man klikke seg inn på et «brystgalleri» med femten nærbilder av bryster ledsaget av teksten: «[...] slik at du som vurderer en brystoperasjon, kan se og kanskje finne den størrelsen på bryster du selv ønsker». Billedserien ender i et skjema for konsultasjon. Også når det gjelder rumpeforstørring, indikerer både tekst og bilder (av for eksempel bikiniklede rumper med sand på), hva som kan være sexy og feminint.

Andre typer inngrep som gir løfter om økt femininitet og sensualitet, er leppeforstørrelse, hvor enkelte tilbydere skriver at: «mange kvinner drømmer om fyldige og myke lepper [...]». Videre blir neser definert som feminine og maskuline, som dette eksempelet viser: «Det er ofte et ønske at nesen skal bli mindre dominerende og dels mer feminin eller mindre maskulin.»

Det benyttes dessuten layout med lenker til uttalelser fra personer som har fått utført inngrep, som handler om forhold som tilbydere ikke kan si noe om dersom de følger forskriften, for eksempel uttalelser om komplekser på grunn av små bryster.

Definerer naturlig utseende

Samtlige tilbydere legger vekt på det naturlige resultatet, slik en tilbyder uttrykker:

Enten du vil forbedre det du har eller gjenopprette det som var, er målet det samme: å følge det skandinaviske naturlige skjønnhets-idealet med naturlige attraktive proporsjoner og riktig balanse.

En annen tilbyder skriver at: «En brystforstørrelse vil gi deg naturlige og vakre bryster.»

Eksempler på at kirurgen leverer et naturlig resultat, kommer til uttrykk i dette sitatet: «[...] Dr. [navn] legger stor vekt på at resultatet skal være naturlig.» Det er imidlertid ofte en disharmoni mellom tekst og bilder, hvor teksten understreker at kirurgen vektlegger et naturlig utseende, mens bildene viser det motsatte. Bilder av bryster, midje, rumpe, lepper eller ansikt er ofte uforenlige med et naturlig utseende og levd liv, men ved å bruke begreper som naturlig skjønnhet og lignende kan tilbydere skape forestillinger om hva som er naturlig vakkert.

Diskusjon

Studien avdekker flere underliggende budskap, som kan oppleves som kroppspress, noe unge kvinner og jenter fra før i stor grad rapporterer (se Sundgot-Borgen et al., 2021; Bakken, 2022). Et gjennomgående signal er at kvinnekroppen er et objekt som kan og bør modelleres i tråd med kulturelle (og stereotype) forståelser av hvordan en slik kropp bør eller skal se ut. Dette tydeliggjøres av bilder, som ofte er tatt med det Mulvey (1999) kaller «the male gaze», det vil si det mannlige blikket som betrakter kvinner som seksualobjekt. Objektiveringen forsterkes ytterligere via beskrivelser av hvordan kroppen *ikke* bør se ut, for eksempel at tomme bryster eller en spesiell neseform kan være sosialt skjemmende, at en rumpe er for kvadratisk, at fødselen har satt spor, eller at aldringstegn er negativt. Forestillinger om det ideelle utseende, inkludert hva som er feminint og sexy, ser langt på vei ut til å formes i selve *forandringsrommet* – av tilbyderne. Budskapet er at kvinner bør skjule spor av levd liv (som alder og fødsler), og at naturlige kroppsvariasjoner er lite attraktive og en byrde for kvinner.

Like fullt brukes uttrykket *naturlig resultat* av samtlige tilbydere, som en gullstandard for selve inngrepet. Med dette formes et inntrykk av at forstørrede bryster eller rumpe, endrede neser og glatt hud speiler det naturlige. Dette er i tråd med Franklin og medfattere (2000), som hevder at natur og kultur er to sider ved kroppen som etterligner hverandre, med den forskjell at

kulturen velges fremfor naturen, her: det opererte. Bilder av opererte kroppsdeler overgår imidlertid ofte naturen selv, og er sjelden forenlige med en levd kropp. Kulturen stiller krav til naturen, hvor det nye «naturlige utseendet» overskrider det naturlige, med den følge at kroppsindustrien legger et konstant press på jenter og kvinner hva angår utseende (se Featherstone, 2010; Mogstad, 2017). Dels er klinikkene premissleverandører for hvordan en kvinnekropp skal se ut, dels blir klinikkene selv påvirket av rådende idealer – hvilket altså viser at diskursen er både konstruerende og konstruert (jf. Fairclough, 1995). Tilbyderne antyder at hver enkelt tar kloke, selvstendige og veloverveide valg ved å gå inn på deres premiss, som er at veien til selvtillit og sosialt velvære går via skalpell og injeksjoner. På klinikkenes nettsider er så godt som alle kroppsdeler presentert som aktuelle forbedringsområder, ledsaget av tekst, bilder og lett tilgjengelige konsultasjonsskjemaer. Det gis også et inntrykk at kosmetiske inngrep er blitt svært vanlig – så vanlig at det ikke er noen grunn til å vegre seg. Snarere kan det oppfattes som et imperativ til å innfri sosiale normer (se Goffman, 1990).

Studien viser altså at tilbydere av kosmetisk kirurgi henvender seg til mulige kunder ved å antyde at visse kroppsdeler karakter kan være en påkjenning og bidra til lav selvfølelse, svekket sensualitet og dårlig livskvalitet, og at dette kan rettes opp og forbedres ved ulike inngrep.

Negative formuleringer om den uopererte og aldrende kroppen og honnørord om den opererte kroppen berører fysiske, psykiske, kulturelle, sosiale og eksistensielle dimensjoner i livet. Hvis det gjentatte ganger antydes at man ikke er bra nok, og at et spesielt kroppslig utseende kan gi psykiske problemer og gå utover det sosiale livet, kan det være en fare for at nettopp det vil skje. Ikke nødvendigvis fordi den spesifikke kroppsdelen *er* et problem i seg selv, men fordi et fagfelt (tilbyderne) antyder at det er et problem, og fordi andre jenter og kvinner (kundelenker og påvirkere) forteller om bedre selvfølelse og livskvalitet etter ulike inngrep.

I denne studien har vi imidlertid ikke data om kvinners egne erfaringer med innhold i reklame eller fra gjennomførte inngrep. Vi kan derfor ikke trekke konklusjoner om forhold som gjelder dem som utsettes for påvirkningen, eller om hvordan budskapene virker inn på enkeltpersoners psykososiale helse. Det vi vet fra tidligere studier, er blant annet at jenter og unge kvinner opplever kroppspress (Sundgot Borgen et al. 2021; Bakken, 2022), og at grunnene til utilfredshet med egen kropp kan være at de sammen-

ligner seg med andre (se Sundgot-Borgen et al., 2021; Casares & Binkley, 2022; Papageorgiou et al., 2022). I *denne* studien belyser vi det vi mener kan oppleves som kroppspress fra et nytt perspektiv, nemlig hvordan et fagfelt (dvs. tilbydere av kosmetisk kirurgi) reklamerer for tjenestene sine gjennom *subtile budskap* om at kroppen ikke er bra nok. Undertonene i reklamen – om at kvinner og unge jenter bør granske seg selv for feil og mangler – *kan* virke som kroppspress, noe som igjen *kan* utgjøre en faktor som virker negativt inn på psykososial helse. Et subtelt budskap er vanskelig å verge seg mot, nettopp fordi det er subtelt. Hvilke ressurser og hvilken motstandskraft den enkelte har, og hvordan andre faktorer spiller inn, vil være avgjørende for virkninger av slike signaler. Det er likevel sannsynlig at det å gjennomskue at en utsettes for reklame, som informanten fra Andrews og Johansen (2005) som vist til innledningsvis, i seg selv vil være en motstandskraft mot reklamens subtile kroppspress. Dersom man skjønner at det ligger et salgsmotiv bak klinikkenes hjemmesider, blir det muligens lettere å være kritisk til det man leser, og de underliggende budskapene vil i mindre grad kunne fortone seg som kroppspress. Hvis man derimot ikke gjennomskuer reklameaspektet, kan de underliggende budskapene oppleves som press om å oppnå et bestemt utseende, med den betydningen som dette kan ha for psykososial helsetilstand.

Referanser


- Aesthetic Plastic Surgery National Databank. (2020–2021). *Aesthetic Plastic Surgery National Databank statistics 2020–2021*. The Aesthetic Society. <https://www.theaestheticsociety.org/media/procedural-statistics>
- Andrews, T. (1997). Helsebegreper i 1990-årenes forebyggingsideologi – en kritisk drøfting av konsekvenser. I H. Alvsvåg, N. Andersen, E. Gjengedal & M. Råheim (Red.), *Helsefag – kunnskap, kropp og kultur. Innlegg til debatt* (s. 40–61). Ad Notam Gyldendal.
- Andrews, T. & Johansen, V. F. (2005). Gym er det faget jeg hater mest. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 89(4), 302–314. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2987-2005-04-06>
- Avalos, L., Tylka, T. L. & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285–297. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>
- Bakken, A. (2022). *Ungdata 2022. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 5/22). NOVA, OsloMet.
- Beos, N., Kemps, E. & Prichard, I. (2021). Photo manipulation as a predictor of facial dissatisfaction and cosmetic procedure attitudes. *Body Image*, 39, 194–201. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.08.008>
- Bishop, E. (2001). *McIndoe's Army – The story of the Guinea Pig Club and its indomitable members*. Grub Street.
- Botnen Eide, S. & Skorstad, B. (2013). *Etikk – til refleksjon og handling i sosialt arbeid* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Casares Jr., D. R. & Binkley, E. E. (2022). An unfiltered look at idealized images: A social media intervention for adolescent girls. *Journal of Creativity in Mental Health*, 17(3), 313–331. <https://doi.org/10.1080/15401383.2021.1892556>
- Connell, R. (2009). *Gender: In world perspective*. Polity Press.
- Det Norske Akademis Ordbok. (2022). *Subtil*. Hentet 27. juni 2022 fra <https://naob.no/ordbok/subtil>
- Dolezal, L. (2010). The (in)visible body: Feminism, phenomenology, and the case of cosmetic surgery. *Hypatia*, 25(2), 359–375.
- Eckler, P., Kalyango, Y. & Paasch, E. (2017). Facebook use and negative body image among U.S. college women. *Women & Health*, 57(2), 249–267. <https://doi.org/10.1080/0363024.2.2016.1159268>
- Eftestøl, I. & Hetland, K. (2016, 18. august). Lege advarer mot rumpe-fiksing. *NRK Rogaland*. <https://www.nrk.no/rogaland/lege-advarer-mot-rumpe-fiksing-1.13091953>
- Eriksen, I. M. & Bakken, A. (2018). *Stress, press og psykiske plager blant unge. Hva sier NOVA-forskningen?* (Kort oppsummert nr. 4, 2018). <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5934/Kort-oppsummert-4-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fairclough, N. (1995). *Media discourse*. Oxford University Press.
- Featherstone, M. (2010). Body, image and affect in consumer culture. *Body & Society*, 16(1), 193–221.
- Franklin, S., Lury, C. & Stacey, J. (2000). *Global nature, global culture*. SAGE Publications.

- Goffman, E. (1990). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Penguin Books.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)*. Lovdata. Hentet 8. september 2022 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-07-01-749>
- Holsen, I., Kraft, P. & Røysamb, E. (2001). The relationship between body image and depressed mood in adolescence: A 5-year longitudinal panel study. *Journal of Health Psychology*, 6(6), 13–27. <https://doi.org/10.1177/135910530100600601>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal Akademisk.
- Johansen, V. F. & Andrews, T. (2021). Markedsføring av kosmetiske inngrep. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 141(8), 743–747. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0766>
- Kotler, P. & Keller, K. L. (2016). *Markedsføringsledelse*. Gyldendal Akademisk.
- Mendelson, B. (2013). *In your face: The hidden history of plastic surgery and why looks matter*. Hardie Grant Books.
- Mogstad, K. L. (2017). *Kroppsklemma. Hvordan være trygge og gode voksne for barn og unge i et kroppsfiksert samfunn*. Cappelen Damm.
- Mulvey, L. (1999). Visual pleasure and narrative cinema. I L. Braudy & M. Cohen (Red.), *Film theory and criticism: Introductory readings* (s. 833–844). Oxford University Press.
- Mønster-Kjær, E. (2018). Plastisk kirurgi i historien: Romerne gikk til penislege. *Historienet*. Hentet 27. mai 2023 fra <https://historienet.no/vitenskap/medisin/plastisk-kirurgi-i-historien-romerne-gikk-til-penislege>
- Nisja-Wilhelmsen, P. (2017). *Praktisk innholdsmarkedsføring*. Gyldendal Akademisk.
- Papageorgiou, A., Fisher, C. & Cross, D. (2022). “Why don’t I look like her?” How adolescent girls view social media and its connection to body image. *BMC Women’s Health*, 22(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01845-4>
- Riddervold, S., Haug, E. & Kristensen, S. M. (2023). Sports participation, body appreciation and life satisfaction in Norwegian adolescents: A moderated mediation analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–7. <https://doi.org/10.1177/14034948231184525>
- Skårderud, F. (2016, 20. desember). 90 prosent av vestlige jenter og kvinner ønsker å endre på kroppen. Vi er vitne til kulturell ødeleggelse. *Aftenposten*. Hentet 27. mai 2023 fra <https://www.aftenposten.no/kultur/i/de9dO/-90-prosent-av-vestlige-jenter-og-kvinner-onsker-a-endre-pa-kroppen-Vi-er-vitne-til-kulturell-odeleggelse>
- Sundgot-Borgen, C., Sundgot-Borgen, J., Bratland-Sanda, S. et al. (2021). Body appreciation and body appearance pressure in Norwegian university students comparing exercise science students and other students. *BMC Public Health*, 21, 532. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10550-0>
- Svartdal, F. (2020). Psykososial. I *Store norske leksikon*. Hentet 14. april 2023 fra <https://snl.no/psykososial>
- The Aesthetic Society. (2020–2021). *Aesthetic Plastic Surgery National Databank statistics 2020–2021*. The Aesthetic Society. <https://www.theaestheticsociety.org/media/procedural-statistics>

- Urke, H. B., Holsen, I. & Larsen, T. (2021). Positive youth development and mental well-being in late adolescence: The role of body appreciation. Findings from a prospective study in Norway. *Frontiers in Psychology, 12*, 696198. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.696198>
- Wollstonecraft, M. (2003/1792). *Et forsvar for kvinnens rettigheter*. De Norske Bokklubbene.
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L. & Augustus-Horvath, C. L. (2010). "But I like my body": Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image, 7*(2), 106–116. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>

Del 2

Psykososial helse –
arbeid med å fremme
og bedre menneskers
livsvilkår



Topor, A. (2025). Om å komme seg: «Recovery» i kontekst. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 207–226). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550212>

Kapittel 12

Om å komme seg

«Recovery» i kontekst

Alain Topor¹

1 Teksten ble opprinnelig skrevet på svensk, og er oversatt til bokmål ved hjelp av ChatGPT og en påfølgende språklig gjennomgang og bearbeidelse av redaktørene. Den endelige versjonen er gjennomgått og godkjent av forfatteren selv.

Introduksjon

Fra å ha vært en kontroversiell tanke og praksis har recovery blitt den dominerende visjonen når det gjelder psykiske helse i lokale, nasjonale og internasjonale policydokumenter. Ambisjonen med dette kapittelet er:

- å sette begrepet recovery og prosessen med å komme seg i en sosio-materiell, relasjonell og kulturell sammenheng.
- å oppsummere den kunnskapen som har vokst frem om faktorer og aktører som kan påvirke prosessen med å komme seg.

Den videre fremstillingen er inspirert av Andersens (2018) oppfordring: «Ambisjonen er å forankre psykisk helsearbeid i kunnskapens mangetydighet, menneskets sårbarhet og hverdagslivets kompleksitet. Det innebærer at vi må motstå visshetens fristelse» (s. 53).

Å komme seg i en sammenheng

Da tanken først ble formulert om at mennesker som ble ansett for å være «alvorlig psykisk syke» kunne komme, brøt den med en langvarig tradisjon innen psykiatrien. «Sykdommene» ble antatt å ha et naturlig forløp der personen gradvis mistet mange menneskelige egenskaper. En «sykdom» som schizofreni ble beskrevet som livslang.

Forskningsresultater

På slutten av 1970-tallet og begynnelsen av 1980-tallet ble flere langtidsoppfølgingsstudier av personer som hadde fått diagnosen schizofreni publisert. Resultatene møtte sterk motstand da man jo «visste» at schizofreni var en uhelbredelig sykdom. Hva viste disse studiene?

Bleuler (1978), Ciompi (1980), begge i Sveits, og Harding et al. (1987) i USA viste at mellom halvparten og to tredjedeler av personene som hadde fått en schizofrenidiagnose, enten hadde kommet seg helt (total recovery),

eller var i en avansert prosess med å komme seg (sosial recovery). Flertallet var altså i en prosess med å komme seg fra en kronisk sykdom!

I 1979 publiserte Verdens helseorganisasjon (WHO) resultatene fra en oppfølgingsstudie av personer med diagnosen schizofreni i ni land. I tillegg til å bekrefte at det ikke var uvanlig å komme seg, ble forskerne overrasket over at denne sannsynligheten var høyere i lavinntektsland sammenlignet med høyinntektsland.

Hypotesene som da ble formulert for å forstå disse uventede funnene, handlet om sosiale og kulturelle forskjeller. Faktorene som ble tatt opp, handlet om familiestrukturen (flergenerasjonsbolig versus kjernefamilie), arbeidsmarkedet (fleksibelt landbruk versus organisert industrinæring) og forestillingene om psykiske problemers art (medisinske versus åndelige/religiøse) (Waxler, 1979).

I nyere tid har man også påpekt at mennesker i lavinntektsland hovedsakelig kommer i kontakt med helsetjenesten under en kriseperiode og da medisineres over en begrenset tid, i motsetning til personer i høyinntektsland som ofte medisineres over lengre perioder. (Se også Harrow et al., 2012.)

Warner (1985/2004) sammenstilte et åttitalls oppfølgingsstudier publisert gjennom hele 1900-tallet og kunne bekrefte tallene fra de tidligere studiene. Tre aspekter i Warners studie er spesielt interessante:

- Personer med diagnosen schizofreni hadde kommet seg i samme omfang gjennom hele 1900-tallet.
- Folk syntes altså å komme seg uavhengig av sin samtids spesifikke spesialisttjenester.
- Sannsynligheten for å komme seg minsket imidlertid i en periode på 1920- og 30-tallet. Den økende nøden og arbeidsledigheten på den tiden reduserte sannsynligheten for å komme seg. Når økonomien ble bedre, så kom også menneskene som ble sagt å ha en kronisk psykisk sykdom, seg.

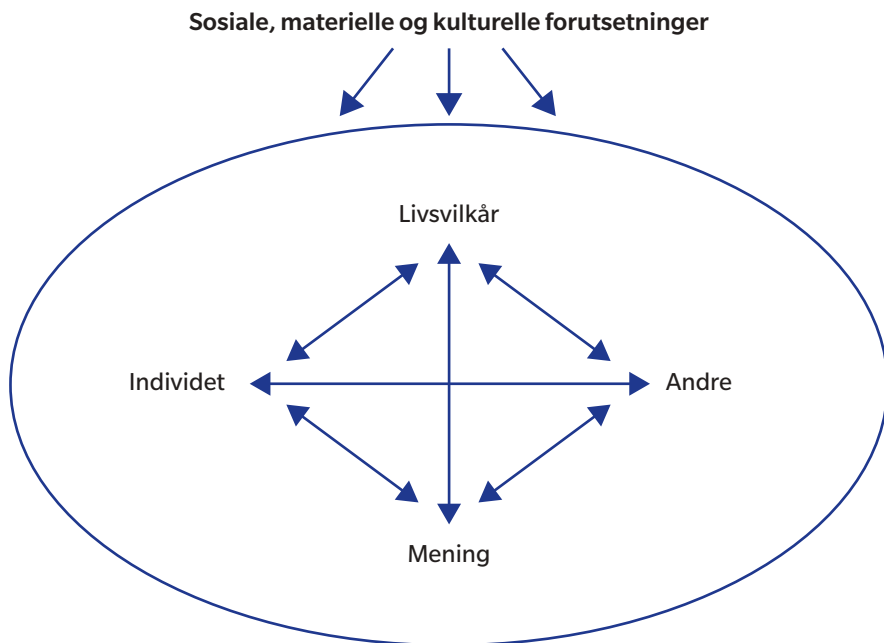
Hvis mennesker som ble antatt å ha alvorlige psykiske sykdommer kunne komme seg som følge av sosiale, materielle og kulturelle omstendigheter, kunne selve forestillingen om at de skulle ha vært syke utfordres. Var det en vrangforestilling?

Psykiske problemer og konteksten rundt å komme seg

Den samlede kunnskapen om prosessen med å komme seg fra psykiske problemer peker på betydningen av å erstatte den tradisjonelle psykiatriens abstrakte pasienter stilt utenfor sin sosiale sammenheng med konkrete individer som lever virkelige liv (Pilgrim, 2015). Å komme seg kan derfor ikke planlegges i forhåndsbestemte trinn, men forutsetningene for at en positiv utvikling skal kunne inntreffe, kan påvirkes. Den individuelle prosessen må settes i en sammenheng.

Figur 12.1

Vilkår for å understøtte en recovery-prosess.



De ulike delene i denne figuren presenteres nedenfor.

Sosiale, materielle og kulturelle forutsetninger

Å utelukkende snakke om vitenskapelige fremskritt er langt fra hele sannheten, og vi bør derfor plassere utviklingen innen psykiatrien i sin sammenheng (Pilgrim, 2013). Den siste halvdel av 1900-tallet var en tid da velferdsstaten ble utviklet, koloniserte land frigjorde seg, og diktaturer ble styrtet. Andre fremskritt berørte blant annet kvinner og afroamerikanere, samt de institusjonaliserte gruppene i den vestlige verden (eldre, funksjonshemmede, fengslede og mennesker med psykiatriske problemer) som hadde blitt fratatt sine menneskerettigheter.

De «totale institusjonene», som mentalsykehusene ble kalt, der alle aspekter av hverdagen ble regulert av de profesjonelle (Goffman, 1961), ble åpnet, og psykiatrien sluttet å være et reservert område for eksperter og ble dratt inn i den offentlige diskusjonen. De utskrevne pasientene utgjorde en forutsetning for uavhengige brukerbevegelser.² Denne tiden kan ses som en tid for frigjøring, ikke først og fremst som et individuelt prosjekt, men som en kollektiv handling. En mulig definisjon på prosessen med å komme seg i et slikt sosialt perspektiv kunne være:

Recovery er en dypt sosial, unik og felles prosess der våre levekår, materielle omgivelser, sosiale relasjoner og selvoppfatning utvikler seg. Det handler om å strebe etter å leve tilfredsstillende, håpefulle og gjensidige liv, selv om vi fortsatt kan oppleve trusler, stressende sosiale situasjoner og smerte. Recovery innebærer å engasjere seg i møter og dialoger der nye måter å forstå og håndtere ens situasjon på skapes i takt med at vi overskrider den psyko-sosiale-materielle krisen (Topor et al., 2022, s. 11, oversettelse av redaktør i samråd med forfattere).

2 Eksempelvis ble den første norske psykiatrikritiske interesseorganisasjonen «We shall overcome» (WSO) stiftet 17. oktober 1968.

Materielle livsvilkår

Menneskers konkrete livsvilkår er merkelig fraværende i den psykiatriske litteraturen. Innenfor rammen av en bio-medisinsk tankegang ser det ut til å være en skillelinje mellom en persons levekår og den sykdommen hen antas å ha. En psykiatrisk sykdom påvirkes ikke fundamentalt av individets virkelige liv. Derimot påvirkes individets virkelige liv av sykdommen.

Her ligger det ideologiske grunnlaget for oppdelingen mellom «behandling» (medisinsk) og «støtte» (sosialt). Det er denne skillelinjen som forskningen basert på brukeres erfaringskunnskap utfordrer. Tilgang til et anstendig materielt grunnlag for livet kan i seg selv utgjøre et sentralt bidrag til prosessen med å komme seg (Larsen & Topor, 2017; Topor et al., 2018). At slike faktorer kan påvirke «symptomer» og «sykdom», utgjør en utfordring for den bio-medisinske modellen.

Normalisering av levekår

Av-institusjonaliseringen og normaliseringen i Skandinavia handlet ikke om en normalisering av individene og deres atferd; at de skulle trenes opp og lære seg å oppføre seg «normalt» for å kunne integreres i samfunnet (Nirje, 1985). Tvert imot skulle de som ble skrevet ut ha rett til en egen bolig, til egne penger og til å bestemme hvordan de ville organisere sin hverdag; sitt liv. De skulle også fortsatt ha rett til støtte og behandling, men som alle andre borgere, på sine egne vilkår og ikke ut fra en sentralt bestemt rasjonelt plan, som Goffman (1961) beskriver som et viktig aspekt ved totale institusjoner. Det handlet om å gå fra å være pasient til å være person og borger. La oss nå rette søkelyset mot to aspekter ved disse levekårene: et hjem og penger.

Hjem eller bolig?

Når det gjelder hvordan mennesker med psykiske problemer ønsker å bo, oppsummerte Tanzman kunnskapstilstanden allerede i 1993.

Brukere rapporterte konsekvent at de foretrakk å bo i sitt eget hus eller leilighet, å bo alene eller med sin ektefelle eller romantiske partner, og ikke å bo med andre brukere av psykiske helsetjenester.

Brukerne rapporterte en sterk preferanse for å ha ansatte tilgjengelige ved behov; få respondenter ønsket å bo sammen med de ansatte. Brukerne understreket også viktigheten av materiell støtte som penger, husleiestøtte, telefoner og transport for å kunne leve et godt liv (s. 450).

Dette er en kunnskapstilstand som sannsynligvis gjelder fortsatt i dag (Andvig et al., 2013). Et eget hjem har vist seg å være en viktig del av livet for å komme seg (Borg et al., 1985; Borg, 2007). Til tross for denne kunnskapen har man ofte skapt ulike boformer som er fremmede for tanken om å skape et «hjem» (Hall et al., 2021; Topor et al., in press).

Disse nye «hjemmene», «bofellesskapene», som skulle befinne seg i lokalsamfunnet, ligger ofte i samfunnets randsoner. Hverdagen der styres ofte av regler fjernt fra dem som vanlige mennesker har i sine hjem (Andersen et al., 2016; Friesinger et al., 2019; Lindvig et al., 2020).

Penger gir helse?

Ikke alle mennesker som lever under vanskelige økonomiske forhold, har psykiske problemer. Selv rike mennesker kan ha psykiske problemer. Men hvis man er fattig, er det sannsynlig at man lever under belastende omstendigheter når det gjelder sosialt miljø (bolig, skole, arbeid, vold og hverdag), relasjoner (stressede foreldre, lærere ...) og ressurser (kulturelle og fritidsmuligheter). Dermed øker risikoen for at man utvikler måter å håndtere denne virkeligheten på som ytterligere øker belastningene, og som på sikt fører til at man får det dårlig (Kirkbride et al., 2024).

Selv om man ikke lever under fattige forhold, kan man bli utsatt for alvorlige belastninger som fysiske og psykiske overgrep. Får man psykiske problemer, betyr det at man risikerer å bli fattig. Til de psykiske problemene legges et økonomisk stress som knapt øker ens muligheter til å komme seg. Cohen (1993) påpekte at fattigdommens uttrykk minner om det som psykiatrien forbinder med «psykiske sykdommer».

Å være nede, oppgitt og mistroisk mot andre kan anses som forståelige måter å håndtere et liv i fattigdom på. Når disse håndteringsmåtene omformes til tegn på psykisk uhelse, øker risikoen for at problemene individualiseres. Sosiale problemer gjøres til psykologiske og medisinske feil hos individet (Boyle & Johnstone, 2018; Johnstone & Boyle, 2018; Dalal, 2018).

Flere studier (Davidson et al., 2001; Topor et al., 2017) viser at når mennesker med alvorlige psykiske problemer fikk en forbedret økonomi, så fikk mange det bedre. Flere av deres symptomer, som angst og depresjon, avtok. De gjenopptok kontakt med pårørende og venner, og traff nye venner. De viste en bedre livstilfredshet. Pengene åpnet et nytt handlingsrom. De kunne delta i samfunnet på en ny måte. Den bio-medisinske modellens skillelinje mellom sykdom og det sosiale livet ble opphevet.

Mening

I kriser stiller man ofte spørsmål som: Hvorfor akkurat jeg? Hva har jeg gjort galt? Hva skyldes det? Ofte handler det om situasjoner der man utsettes for belastninger og utfordringer som ikke kan forstås innenfor rammen av den vanlige fortellingen om ens liv som vi alle bygger opp (Bury, 1982). Å forsøke å forstå det som skjer, kan ta mange uttrykk. Dikt, dagbøker, malerier er ulike måter å forsøke å gi mening til vanskelige erfaringer på. Ulike former for psykoterapier kan hjelpe til å bygge en akseptabel fortelling. Religion og åndelige bevegelser tilbyr ofte det samme.

Det interessante, og provoserende, er at alle disse ulike fortellingene har vist seg å kunne hjelpe mennesker. Fortellingens sannhetsgehalt ser dermed ikke ut til å være så viktig, så lenge den er forankret i individet og ikke bryter for mye med kulturen som individet er en del av. Fortellingen danner en privat sannhet, som kan deles med andre og blir hjelpende nettopp på grunn av det.

Individet

Anerkjennelsen av brukerkunnskap utgjør et brudd med den psykiatriske tradisjonen som definerer pasientene i form av mangler. Brukerorganisasjoner og enkelte brukere har alltid utfordret denne (vrang)forestillingen blant mange helsearbeidere, men det er først nylig at brukererfaringer og kunnskap

har fått en formell stilling. I Norge utgjør forsøk med «selvvalgt innleggelse» (Møller Olsø et al., 2016) og «medisinfri behandling» (Cooper et al., 2021) samt ansettelsen av «erfaringskonsulenter» (Sundfør, 2012; Eriksen Hammer, 2020) ulike måter å anerkjenne og anvende dette «nye» perspektivet på.

Å håndtere

Da forskere begynte å intervju personer som hadde kommet seg, oppdaget de at disse personene ofte hadde forsøkt å håndtere sine problemer på egen hånd. Dette gjaldt også den sosiale situasjonen de hadde havnet i som følge av problemene. De håndterte sine familier, venner og bekjente. De håndterte representanter fra myndighetene; ansatte på Nav, innen psykisk helsevern og i kommunale virksomheter; ansatte som hadde makt over deres liv, makt til å tilby ulike ressurser eller nekte dem disse (Bülow et al., 2016; Denhov, 2016). Det er for liten plass i denne artikkelen til å belyse de ulike brukernes egne måter å håndtere problemer på, men to kan kort nevnes her.

Den ene er aktiviteter. Å aktivisere seg kan være ytterst virksomt. Flere brukere som jeg har snakket med, har fortalt hvordan deres stemmer, angst og nedstemthet har minket eller forsvunnet når de har klart å ta seg til et kommunalt treffsenter, eller ut i naturen. I vår kultur forbindes aktiviteter med helse og møtes positivt av omgivelsene. Men brukere har også nevnt at de har hatt behov for å trekke seg tilbake, stoppe opp, og være inaktive. Passivitet vekker en del uro i vår kultur, men de fleste av oss kan trenge en stund til å vende oss innover og slik sett pendle mellom aktivitet og passivitet.

Løsningsforsøk kan også misforstås som «symptomer» på en underliggende sykdom. Misbruk, for eksempel, beskrives av og til som en vellykket måte å håndtere en livssituasjon på preget av trusler og overgrep kombinert med å ikke bli sett av foreldre og myndighetsrepresentanter. Brukere forteller om rusmiljøer som et fellesskap og en sammenheng der de kunne føle seg sett (Topor et al., 2021). Ved å forsøke å «helbrede» en persons løsningsforsøk, uten å se til det som ligger bak, er faren at personen mister en måte å håndtere det opprinnelige trusselen de ble utsatt for. Fiksering på symptomer som et sykdomstegn risikerer å gjøre profesjonelle blinde for personens livshistorie og nåværende situasjon og for den rolle som «symptomene» kan spille i denne sammenhengen.

Den engelske kliniske psykologforeningen (Boyle & Johnstone, 2018; Johnstone & Boyle, 2018) har utviklet et alternativ til de bio-medisinske

diagnosemanualene som de kaller Power–Threat–Meaning framework (PTMF. Makt–trussel–mening-rammeverket). Et sentralt spørsmål i møtet med en person som søker hjelp, er ikke «Hva er galt med deg?», men «Hva har skjedd med deg?» De kaller det som psykiatrien ser som symptomer, for «trussel-responser», det vil si måter å håndtere trusler og overgrep som personen har vært / er utsatt for. Måter som blir forståelige hvis de settes i sin sammenheng, en sammenheng bestående av det virkelige livet og fortellingen om det.

Å anerkjenne individet som en agent er et revolusjonerende skritt innen psykisk helsefeltet. Men ikke uten risikoer. Risikoen er å omforme den irrasjonelle og uansvarlige syke pasienten til «eksperten» og dermed den ansvarlige for sin egen «recovery»; sin egen skjebnes smed. I begge tilfeller overser man den sosiale sammenhengen der individet befinner seg, og hvilke konkrete ressurser (positive relasjoner, økonomi, et eget hjem ... vedkommende har til rådighet for å håndtere sin situasjon (Tew, 2013; Rose, 2014).

Andre

Å komme seg er en reise som personen gjør selv. Men det er ingen ensom reise. Tvert imot er andres støtte og hjelp sentralt for hvilke veier reisen kan ta. Mennesker som har kommet seg, beskriver andre personers sentrale rolle i denne prosessen (Price-Robertson et al., 2017). Vi blir til i relasjon til andre. Uten andre, intet jeg. Lidelsen (og lykken) oppstår i relasjoner til andre mennesker. Lidelse og smerte, hovedsakelig i onde relasjoner, overgrep, likegyldighet, å ikke bli sett, eller bli sett som «feil».

Andre kan egentlig være hvem som helst (Topor, 2001). Mange nevner et tilfeldig møte som formidler følelsen av at man ikke er en abstrakt skapning, en pasient, en narkoman, men et sammensatt menneske. Flere nevner hunder som viktige andre; hunder som er avhengige av eieren, som er så tydelig glade når man kommer hjem. Hunder som man må gå ut og gå tur med. Eller det kan være andre mennesker som har lignende erfaringer med psykisk lidelse som en selv og av omsorgen og pleien, som man kan dele erfaringer med. Sist, men ikke minst finnes gud og mennesker i ulike menigheter som innebærer selskap og aksepterende nærvær. Her berøres kort pårørendes og venners rolle i en prosess der man kommer seg.

Familie og venner

I litteraturen om fremveksten og utviklingen av psykiske problemer spiller ofte familiemedlemmer en sentral rolle enten som årsaken bak problemene eller som de som har gjort prosessen med å komme seg mulig. Men i samtaler med dem som har kommet seg, blir bildet ofte mer sammensatt (Topor et al., 2006). Bare ved å forbli til stede og ikke forlate personen som har havnet i krise, formidler de både en aksept for personen som han eller hun er, og et håp om at ting kan bli bedre. De er også levende minner om personen før problemene ble overveldende.

En annen viktig rolle er å være tilgjengelig. Å være tilgjengelig uten timebestilling og ventetider. Å tilby beskyttelse, men også å formidle kontakten til det profesjonelle hjelpeapparatet. Å ta risikoen for å bli sett på som en forræder av brukeren som ikke ønsker kontakt med hjelpeapparatet, og som en problematisk person av helsepersonell når man varsler om hjelpebehov og stiller krav til tiltak. Å være tilgjengelig innebærer å tilby mat, husrom og andre av hverdagens nødvendigheter. Å forbli til stede og å være tilgjengelig innebærer også å utfordre skyldfølelsen som man ofte sliter med.

En siste utfordring er selv å kunne gå videre. Over lang tid har man tilpasset sitt liv til den andres behov og avstått fra egne interesser. Og så begynner den andre å klare seg, håndtere situasjoner på egen hånd der man tidligere har måttet delta og støtte. Egentlig er det nettopp det man har ønsket skulle skje. Men når det skjer, kan det være vanskelig å stole på at det virkelig skjer. Å gå videre innebærer til og med å være åpen for å motta hjelp fra den personen man har forsøkt å hjelpe i alle år. Rollene må nyanseres. Gjensidigheten i relasjonen tar nye former.

Profesjonelle

Hvordan kan profesjonelle bidra til at mennesker kommer seg? Her gjelder det å håndtere et paradoks; selv om det mangler holdbare bevis for at en spesifikk behandlingsform er statistisk overlegen en annen i å hjelpe mennesker i deres bedringsprosess, ser det ut til at de fleste innsatsene (vi forsøker her å se bort fra psykiatriens mer barbariske inngrep (Scull, 2022)) hjelper noen mennesker.

Vi har i dag tilgang til omfattende forskning om hvordan profesjonelle kan bidra til at mennesker kommer seg.

Mye av denne forskningen er gjort i Norden (Topor, 2001; Borg & Kristiansen, 2004; Ljungberg et al., 2015; Ness et al., 2016; Klevan et al., 2017; Lindvig et al., 2020). Denne forskningen er sjelden diagnosebasert og har ikke resultert i noen bestemt metode eller skjema. Tidefors og Olin (2011) skrev om betydningen av å se brukeren «som et vanlig menneske». Disse forskerne er en del av en lang rekke forskere som har kommet frem til lignende resultater (Sandhu et al., 2015; Bjornestrand et al., 2018; Grim et al., 2019). Når dette er fastslått, gjenstår spørsmålet om dette kan oppnås?

For å svare på disse spørsmålene kan vi ta utgangspunkt i en historie:

Per tenkte tilbake på sin mangeårige rehabiliteringsprosess. For en forvandling han hadde vært gjennom. Han tenkte med stor takknemlighet tilbake på et av sine første møter med saksbehandleren. Han var overbevist om at det som skjedde den gangen, var med på å starte det hele: Jeg hadde mobilisert alle krefter for å dra til sosialkontoret. Besøket var over, og jeg hadde nettopp kommet hjem da saksbehandleren ringte og ba meg komme tilbake. Hun manglet en signatur. Uten signaturen ville ikke søknaden bli behandlet, og dermed ingen utbetaling før helligdagene, forklarte hun.

Angsten hadde ikke sluppet taket, jeg var ganske utmattet. Jeg forklarte henne at jeg ikke hadde krefter til å ta enda en busstur til sosialkontoret. Litt senere ringte det på døren. Jeg skvatt til, og nølende gikk jeg til døra og gløttet ut gjennom en tynn gardinglipe. Saksbehandleren. Hvorfor kom hun hit? Forsiktig åpnet jeg døra og slapp henne inn. Da hun en time senere gikk, var jeg fylt av varm takknemlighet. Tenk at hun hadde tatt turen hit i lunsjpausen for å få signaturen min! Og det hadde hun gjort for min skyld for at jeg skulle slippe å være uten penger i høytiden. Aldri hadde noen strukket seg så langt for meg! (Michalsen & Bachke, 2020).

Dette er ingen uvanlig historie. Samtidig er denne typen historier fraværende fra mesteparten av litteraturen som finnes på ulike yrkesutdanninger innen helse- og sosialfeltet. Fraværet kan skyldes at den profesjonelle bryter

med flere kjennetegn på en formell profesjonell holdning (nøytralitet, objektivitet og likebehandling basert på diagnose). Det kan også forklare historiens usynlighet.

En ytterligere årsak kan være at det er mulig å si at ingenting egentlig skjer. Og det er dette «ingenting» som er interessant å undersøke. Men det lar seg ikke undersøke ved hjelp av randomiserte kontrollerte studier (RCT). Brukernes og de profesjonelles erfaringskunnskap kan sjelden måles, men å late som om den ikke finnes og at man dermed ikke trenger å ta hensyn til den, innebærer å overse sentrale aspekter av hjelpende tiltak.

Tre forhold forekommer i historien ovenfor og ser ut til å gjenta seg i de fleste historiene om recovery:

- Tid (egen tid)
- Rom (på den andres banehalvdel)
- Handlinger og andre små ting

Her går de ut over alle de grensene vi forestiller oss finnes for et profesjonelt arbeid, og likevel er den situasjonen viktig for den som forteller. I historien over bruker den profesjonelle sin egen lunsjpause (Tid), og reiser hjem til brukeren (Rom). Hun sørger for at han får pengene sine (Gjøren) og blir værende og prater en stund (Små ting).

Tid

Tiden innen helse- og sosialarbeid ser ut til å ha blitt et sjeldent gode som porsjoneres ut til brukerne med største forsiktighet. Flere og flere profesjoner får sin tid målt og tilmålt av administratorer, og da uten hensyn til de konkrete forholdene. Dette står i kontrast til samtidens organiserte tidsmangel; når brukere forteller om hjelpende profesjonelle, beskriver de ofte profesjonelle som hadde tid, eller som tok seg tid.

Den tiden som beskrives som hjelpende, har flere dimensjoner (Topor & Denhov, 2012). Det kan være å ha litt mer tid enn det planlagte når man møtes, eller å få mye tid sammen med en profesjonell, for eksempel når man møtes for første gang. Det kan handle om å få muligheten til å kontakte den profesjonelle utenom de planlagte samlingene.

Dette skal ikke forstås som at profesjonelle må ta av sin fritid for å bidra til brukeres recovery. Man kan ikke beordres til å være medmenneske og gjøre «det lille ekstra». Det interessante er at profesjonelle av og til tar av sin egen tid i en form for spontan gjensidig utveksling. Spørsmålet er hva vi kan lære av det når ledelsen og administrasjonen skal organisere medarbeidernes arbeid og tid? Kan økt tillit være en vei?

Rom

Å forlate arbeidsplassen åpner for en annen type samspill mellom brukeren og den profesjonelle på steder som kjøpesentre, kafeer, i biler, skoger og i det hverdagslige, men noen ganger også gledesfylte situasjoner. Å være sammen i slike ofte offentlige situasjoner åpner for et annet handlingsrom. Et annet handlingsrom som lar de involverte utvikle og vise andre sider av seg selv for hverandre. Der kan en mer sammensatt kunnskap vokse som dels endrer begges selvopfatning, men også utgjør grunnlaget for et fungerende partnerskap.

I eksemplet med sosialarbeideren som dro til brukeren i lunsjtiden sin, er hennes forflytning sentral. Hun forlater sin hjemmearena, tar seg tid til å dra over til hans hjemmebane. Der er hun sammen med ham i en time. En time som forvandler ham, og kanskje henne. Han er ikke bare takknemlig, men ser hennes reise som at hun strakte seg til ham, som ingen tidligere hadde gjort. Her plasserer han starten for sin prosess med å komme seg.

Handlinger

Innen psykisk helsefeltet betones ofte samtalens betydning. Ordene spiller ofte en sentral rolle for å sette diagnose, for å komme frem til hvilke tiltak som skal settes inn og for å følge opp tiltaket. Mange fortellinger om hjelpende profesjonelle består av folk som gjør ting sammen og for hverandre. Og ja, de snakker, men mest om hverdagslige ting. Om det de gjør eller skal gjøre eller har gjort. Det formidler et budskap til den man gjør ting sammen med eller for. Å gjøre er også et språk.

Skatvedt og Scheffels (2012) skriver om «aktiv inaktivitet». Situasjoner som oppstår mellom de situasjonene der vi gjør det vi skal gjøre; mellomrommene, som for eksempel når en behandler henvender seg til en bruker på et behandlingshjem og spør ham om de ikke skal gå ut og ta en røyk sammen.

Å gå ut «bare» for å ta en kaffe eller røyke sammen. Slike situasjoner og deres betydning for mennesker kan forstås med et begrep som «mikrobekreftelser» (Davidson & Johnson, 2013; Topor et al., 2018).

Rowe (2008), som skapte begrepet, definerer mikrobekreftelser som:

Små handlinger ofte av tilfeldig art som er vanskelige å se, som kan skje privat eller offentlig, ofte ubevisst, men som er svært effektive og som inntreffer når mennesker ønsker å hjelpe hverandre å lykkes (s. 46).

Fortellinger om hjelpende profesjonelle er fylt av disse «ingentingene», gester, blikk, en berøring, som formidler til brukeren et annet bilde av seg selv enn av hen som diagnose, som noen som skal forandres.

Bekreftelsens paradoks. Når du duger som du er, først da kan du forandre deg.

I stedet for avslutning

Vår kunnskap om det som fører til at mennesker kommer seg fra psykiske problemer, utvikles hele tiden. Men vi kan forsøke å oppsummere det vi vet i dag.

Mennesker kommer seg, med og uten hjelp av profesjonelle. Mennesker kommer seg, men de fleste trenger en sammenheng for å kunne gjøre det. Verdige livsvilkår. Et miljø der man kan utvikle sin egen forståelse av hvordan man har blitt den man er, en livsfortelling som noenlunde forbinder nåtiden med fortiden, og strekker seg mot en fremtid som inneholder utviklingsmuligheter. Et miljø der man kan hjelpe andre med å utvikle sine fortellinger i en aldri avsluttet dialog.

Som mennesker er vi avhengige. Å få støtte fra venner, familiemedlemmer, profesjonelle og velferdssystemet er en del av livet. Alle får det, ellers går vi under. Det er mangel på avhengighet og den ensidige vektleggingen av individualismen som er farlig for hvordan vi har det.

Når det gjelder profesjonelt arbeid, innebærer kunnskapen om hjelpende profesjonelle en radikal utfordring av den vanlige oppfatningen av nøytralitet, distanse og samme tiltak for alle personer med en bestemt diagnose.

I dagens situasjon utgjør en utvidet praksis og mikrobekreftelser et brudd med kodene som regulerer den formelle profesjonaliteten. En profesjonalitet som dikteres av et syn på mellommenneskelig arbeid som noe som kan rasjonaliseres i skjemaabundne forhåndsplanlagte tiltak og som kan gjennomføres av «hvem som helst» uten noen form for kontinuitet i relasjonen.

Å overse den faktisk eksisterende hjelpende praksisen som har utviklet seg på mange arbeidsplasser, og redusere den til et ingenting er både et sløseri med offentlige ressurser og en intellektuell kollaps. Kunnskap og praksis finnes. Mennesker kommer seg.

Referanser

- Andersen, A. J. W. (2018). *Psykisk helsearbeid – en gang til*. Gyldendal Akademisk.
- Andersen, A. J. W., Larsen, I. B. & Topor, A. (2016). Caring through discipline? Analyzing house rules in community mental health services in Norway. *Scandinavian Psychologist*, 3, Artikkel e1. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e1>
- Andvig, E., Lydberg, A. & Thorsen Gonzalez, M. (2013). Erfaringer med å bo i egen bolig ved langvarige psykiske helseproblemer: En scoping review. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 10, 115–128.
- Bjornestrand, J., Veseth, M., Davidson, L., Joa, I., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Melle, I. & Velden Hegelstad, W. T. (2018). Psychotherapy in psychosis: Experiences of fully recovered service users. *Frontiers in Psychology*, 9, Artikkel 1675. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01675>
- Bleuler, M. (1978). *The schizophrenic disorders – Long-term patient and family studies*. Yale University Press.
- Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: Perspective of individuals recovering from severe mental health problems* [Doktorgradsavhandling]. Norwegian University of Science and Technology, Department of Social Work and Health Science.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004). Recovery-orientated professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13, 493–505.
- Borg, M., Sells, D., Topor, A., Mezzina, R., Marin, I. & Davidson, L. (2005). What makes a house a home: The role of material resources in recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 243–256.
- Boyle, M. (2020). Power in the Power Threat Meaning Framework. *Journal of Constructivist Psychology*, 1, 27–40. <https://doi.org/10.1080/10720537.2020.1773357>
- Boyle, M. & Johnstone, L. (2018). The Power Threat Meaning Framework: An alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology*, 0, 1–18. <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruptions. *Sociology of Health and Illness*, 4, 167–182.
- Bülöw, P., Andersson, G., Denhov, A. & Topor, A. (2016). Experience of psychotropic medication – An interview study of persons with psychosis. *Issues in Mental Health Nursing*, 37, 820–828. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1224283>
- Ciampi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, 136, 413–420.
- Cohen, C. I. (1993). Poverty and the course of schizophrenia: Implications for research and policy. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 951–958.
- Cooper, R. E., Mason, J. P., Calton, T., Richardson, J. & Moncrieff, J. (2021). The case for establishing a minimal medication alternative for psychosis and schizophrenia. *Psychosis*, 13, 276–285. <https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1930119>
- Dalal, F. (2018). *CBT: The cognitive behavioural tsunami. Managerialism, politics and corruption of science*. Routledge.
- Davidson, L. & Johnson, A. (2013). It's the little things that count: Rebuilding a sense of self in schizophrenia. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 10, 258–263.

- Davidson, L., Stayner, D. A., Nickou, C., Styron, T. H., Rowe, M. & Chinman, M. L. (2001). "Simply to be let in": Inclusion as a basis for recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 375–388.
- Denhov, A. (2016). Utsatthetens motvikt – hjalpande relationer och egna hanteringssätt. I G. Andersson, P. Bülow, A. Denhov & A. Topor (Red.), *Från patient till person – Om allvarliga psykiska problem, vardag, vård och stöd* (s. 207–235). Studentlitteratur.
- Eriksen Hammer, A. (2020). Erfaringskonsulenter: Et alibi for tjenestene? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 17, 47–52. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-01-05>
- Friesinger, J. G., Topor, A., Bøe, T. D. & Larsen, I. B. (2019). Studies regarding supported housing and the built environment for people with mental health problems: A mixed-methods literature review. *Health and Place*, 57, 44–53.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Doubleday & Co.
- Grim, K., Tistad, M., Schön, U.-K. & Rosenberg, D. (2019). The legitimacy of user knowledge in decision-making processes in mental health care: An analysis of epistemic injustice. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 6, 157–173. <https://doi.org/10.1007/s40737-019-00145-9>
- Hall, C., Raitakari, S. & Juhila, K. (2021). Deinstitutionalisation and 'home turn' policies: Promoting or hampering social inclusion? *Social Inclusion*, 9, 179–189. <https://doi.org/10.17645/si.v9i3.4300>
- Harding, C., Brooks, G., Takamaru, A., Strauss, J. & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 727–735.
- Harrow, M., Jobe, T. H. & Faull, R. N. (2012). Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 42, 2145–2155. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000220>
- Johnstone, L. & Boyle, M. (2018). The Power Threat Meaning Framework: An alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology*, 0, 1–18. <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, T. & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23, 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Klevan, T., Karlsson, B. & Ruud, T. (2017). "At the extremities of life" – Service user experiences of helpful help in mental health crises. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20, 87–105.
- Larsen, I. B. & Topor, A. (2017). A place for the heart: A journey in the post-asylum landscape. Metaphors and materiality. *Health & Place*, 45, 145–151. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.03.015>
- Lindvig, G. R., Topor, A. P., Bøe, T. D. & Larsen, I. B. (2020). "I will never forget him": A qualitative exploration of staff descriptions of helpful relationships in supportive housing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28, 326–334. <https://doi.org/10.1111/jpm.12673>

- Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2015). The art of helpful relationships with professionals: A meta-ethnography of the perspective of persons with severe mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 86, 471–495. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9347-5>
- Michalsen, M. & Bachke, C. C. (2020). Kjærlighet, håp og tro. Ja, det virker i rusbehandling. *Rus & Samfunn*. <https://www.rus.no/fag/kjarlighet-hap-og-tro-ja-det-virker-i-rusbehandling>
- Møller Olsø, T., Buch Gudde, C., Opheim Moljord, I. E., Evensen, G. H., Antonsen, D. Ø. & Eriksen, L. (2016). More than just a bed: Mental health service users' experiences of self-referral admission. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, Artikkel 25. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0045-y>
- Ness, O., Borg, M., Semb, R. & Topor, A. (2016). "Negotiating partnerships" – Parents' experiences of collaboration in community mental health and substance use services. *Advances in Dual Diagnosis*, 9, 130–138. <https://doi.org/10.1108/ADD-04-2016-0010>
- Nirje, B. (1985). The basis and logic of the normalization principle. *Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 11, 65–68.
- Pedersen, P. B. & Kolstad, A. (2009). De-institutionalisation and trans-institutionalisation – Changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950–2007. *International Journal of Mental Health Systems*, 3, Artikkel 28. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-3-28>
- Pilgrim, D. (2013). The failure of diagnostic psychiatry and some prospects of scientific progress offered by critical realism. *Journal of Critical Realism*, 12, 336–358. <https://doi.org/10.1179/1476743013Z.0000000004>
- Pilgrim, D. (2015). *Understanding mental health: A critical realist exploration*. Routledge.
- Price-Robertson, R., Obradovic, A. & Morgan, B. (2017). Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15, 108–120. <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>
- Rose, D. (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health*, 23, 217–218. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.928406>
- Rowe, M. (2008). Micro-affirmations and micro-inequities. *Journal of the International Ombudsman Association*, 1, 45–48.
- Sandhu, S., Arcidiacono, E., Aguglia, E. & Priebe, S. (2015). Reciprocity in therapeutic relationships: A conceptual review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 460–470.
- Scull, A. T. (2022). *Desperate remedies: Psychiatry and the mysteries of mental illness*. Random Penguin House.
- Skatvedt, A. & Scheffels, J. (2012). Virksom uverksamhet? Pauser som arenaer for følelsesmessig berøring og biografisk bevegelse. *Sociologi i dag*, 42, 37–56.
- Sundfør, K. A. (2012). Fra bruker til erfaringskonsulent. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 9, 366–369. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2012-04-11>
- Tanzman, B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 450–455.
- Tew, J. (2013). Recovery capital: What enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work*, 16, 360–374.
- Tidefors, I. & Olin, E. (2011). A need for "good eyes": Experiences told by patients diagnosed with psychosis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6. <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i1.5243>

- Topor, A. (2001). *Managing the contradictions – Recovery from severe mental disorders* [Doktorgradsavhandling]. Stockholm University, Department of Social Work.
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Kommuneforlaget.
- Topor, A. & Denhov, A. (2012). Recovery and time – Inside the black box of working alliance. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15, 239–254. <https://doi.org/10.1080/15487768.2012.703544>
- Topor, A. & Ljungqvist, I. (2017). Money, social relationships and the sense of self: The consequences of an improved financial situation for persons suffering from serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 53, 823–831.
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I. & Davidson, L. (2006). Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 17–37.
- Topor, A., Bøe, T. D. & Larsen, I. B. (2018). Small things, micro-affirmations and helpful professionals: Everyday recovery-orientated practices according to persons with mental health problems. *Community Mental Health Journal*, 54, 1212–1220. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0245-9>
- Topor, A., Bøe, T. D. & Larsen, I. B. (2022). The lost social context of recovery – Psychiatrization of a social process. *Frontiers in Sociology*, 7, Artikkel 832201. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.832201>
- Topor, A., Fredwall, T. E., Svoren Hodoel, E. K. & Larsen, I. B. (2021). Before recovery: A blind spot in recovery research? Users' narratives about the origins and development of their mental health and/or addiction problems. *Journal of Recovery in Mental Health*, 4, 29–47.
- Topor, A., Hope, Ø., Friesinger, J., Bøe, T. D. & Ness, O. (under utgivelse). The new institutional landscape for people with mental health problems. I C. P. Boyd, L. E. Boyle, E. Högström, J. Evans, A. Paul & R. Foley (Red.), *Routledge handbook on spaces of mental health and wellbeing*. Routledge.
- Topor, A., Skogens, L. & von Greiff, N. (2018). Building trust and recovery capital – The professionals' practice. *Advances in Dual Diagnosis*, 11, 76–87. <https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0022>
- Warner, R. (1985/2004). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy* (3. utg.). Brunner Routledge.
- Waxler, N. (1979). Is outcome for schizophrenia better in nonindustrial societies? – The case of Sri Lanka. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 144–158.
- WHO (1979). *Schizophrenia: An international follow-up study*. John Wiley & Sons.

Bertelsen, B. (2025). Å bygge et psykisk helsevern nedenfra, én samtale av gangen.
I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse*
(s. 227–242). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550213>

Kapittel 13

Å bygge et psykisk helsevern nedenfra, én samtale av gangen

Bård Bertelsen

Innledning

Kapitlet bygger på erfaringer fra arbeid med et lavterskeltilbud i regi av psykisk helsevern for barn og unge, kalt Abup drop in. Hensikten er først og fremst å gi en beskrivelse av dette tilbudet, både konteksten det oppsto i, kunnskapen det bygget på, og den arbeidsformen som utviklet seg i møte med menneskene som brukte tilbudet. Gjennom å gi en slik beskrivelse ønsker jeg også å belyse hvordan enhver praksis innenfor helsetjenestene er en del av et større kretsløp, og at måten den enkelte psykisk helsearbeider forstår og forvalter sitt oppdrag på, virker inn på om velferdsstatens institusjoner stivner eller holdes levende.

Tilbudet «Abup drop in» besto i at to psykologspesialister fra Avdeling for barn og unges psykiske helse (Abup) ved Sørlandet sykehus en dag annenhver uke befant seg på et kommunalt familiehus der de var tilgjengelig for konsultasjoner i opptil 60 minutter av gangen (Bertelsen, 2024; Bertelsen et al., 2015; Holter, Bøe & Bertelsen, 2024; Odden & Bertelsen, 2015). Det var ingen begrensninger på hvem som kunne benytte tilbudet, eller hva det kunne benyttes til, så lenge tematikken gjaldt konkrete barn og unges psykiske helse. Med dette som utgangspunkt var tilbudet også et eksperiment. Eksperimentet handlet om å se hva tjenesten ville bli brukt til, hvordan brukerne av den ville erfare tilbudet, og hvilke praksiser som over tid ville utvikles og avvikles innenfor disse rammene.

Praksisen var et bidrag til å svare opp spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunale tjenester (Helsedirektoratet, 2015). Men den var også en kime til skaperverk, i betydningen at den bar i seg muligheten til en radikalt annerledes inngang til psykososial hjelpekunst enn det den eksisterende organiseringen av tjenestene inviterer til. Mens psykisk helsevern er organisert som en kunnskapspyramide der man hele veien henvender seg oppover (jf. veiledningsplikten), var denne praksisen motivert av et spørsmål i motsatt retning: Hvordan kan spesialisthelsetjenesten komme nærmere folks hverdag?

Psykisk helse – en rask utviklingshistorie

Begrepet «psykisk helse» har langt på vei gått fra å handle om tabubelagte avvik hos de få til å handle om livskvalitet i hverdagen hos de mange. Denne utviklingen gjenspeiles blant annet i måten Verdens helseorganisasjon (WHO) i dag definerer psykisk helse:

en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet (WHO, 2022).

Slik har det ikke alltid vært. Gjennom 1800-tallet og frem til godt forbi midten av 1900-tallet var profesjonell praksis knyttet til psykisk uhelse preget av en ide om segregering – at de syke, eller gale, burde skilles fra de friske og normale (fysisk: i institusjoner; diskursivt: gjennom språklige kategorier (diagnoser)). Fra ca. 1960-tallet vokste det frem en alternativ ideologi preget av et ideal om integrering. Institusjonsplasser ble lagt ned til fordel for poliklinisk oppfølging og offentlig regissert bosetting av psykiatriske pasienter i lokalmiljøer (se Cromby, Harper & Reavey, 2013, s. 49–51). Selv om det språklige skillet mellom syk og frisk ble fastholdt, ble troen på atskillelse i noen grad oppgitt. Det vil være for enkelt å si at det her er snakk om to distinkte historiske perioder. Det har snarere vært slik at begge ideologiene, eller tendensene, har eksistert side om side, men med varierende synlighet.

De siste drøye 20 årene kan sies å være preget av en tredje tendens, det vi kan kalle en *homologisering*. Med det mener jeg at skillet mellom syk og frisk er gjort mindre tydelig. «Alle har en psykisk helse», og det er «hver sin tur» å søke hjelp. Bevegelsen fra å vektlegge avvik til å forstå lidelse som allemannseie kan beskrives som en dreining av hva som forstås som hensikten med psykososialt helsearbeid: fra å bekjempe sykdom til å fremme helse. Slik har benevnelsen for adressaten for psykososialt helsearbeid også endret seg: fra pasient til bruker – eller, i noen tilfeller, bare borger. I denne bevegelsen ser vi også en dreining av hvor selve «stedet» for psykisk (u)helse lokaliseres. Det har nærmest blitt «flyttet frem» – fra å bli forstått som sykdom på innsiden (av sjelen, kroppen, eller genene) til å være et fenomen på grensen mellom indre og ytre. Nå forstår vi psykisk helse som noe bio-psyko-sosialt, intersubjektivt

eller relasjonelt. Det er i kraft av denne bevegelsen at ideen om *psykososial* helse vokser frem, som noe som omfatter både de mentale, følelsesmessige, sosiale og spirituelle sidene ved enkeltmenneskers erfaring av egen tilværelse.

Selv om psykososial helse slik anerkjennes som en dynamisk og allmenn dimensjon ved menneskelivet, er institusjonene som utgjør psykisk helsevern bygget opp med sykdom, eller avvik fra en tenkt norm, som utgangspunkt. Det offentlige ordskiftet om psykisk helse foregår nå overalt – som pensum i skoler, i sosiale og konvensjonelle media og som reklame. (På min lokale buss står det akkurat nå med store bokstaver «1 av 5 får depresjon i løpet av livet» på baksiden.) De aller fleste som til daglig arbeider med psykisk helse, gjør det i kommunale tjenester nært folks hverdag. Likevel er det psykisk helsevern, som del av sykehussektoren, som fremdeles må regnes som både tyngdepunkt og viktigste premissleverandør for hvordan vi tenker og snakker om psykisk helse. Psykisk ubehag er, i dagligtalen, nært forbundet med psykisk lidelse, og psykisk lidelse er noe vi møter med behandling. Vi snakker offentlig om depresjon, angst og ADHD; motløshet, redsel og uro holder vi for oss selv.

Abup drop in: en plutselig frigjørende tanke

Ideen til Abup drop in ble født høsten 2011 (Bertelsen et al., 2015; Odden & Bertelsen, 2015). På det tidspunktet satt jeg selv i et inntaksteam i Abup, der alle henvisninger til avdelingen hver uke ble vurdert. Når en henvisning forelå, ble saken enten tatt inn eller gitt avslag. Avslagene var godt begrunnet i faglige retningslinjer som gjaldt for slikt vurderingsarbeid. Likevel skurret det. Selv om de enkelte «sakene», slik de var formulert og begrunnet som henvisningstekster, ikke oppfylte kriteriene som utløste «rett til nødvendig helsehjelp», kjente jeg en voksende uro for hva som skjedde i livene til de menneskene som henvisningene beskrev, når folk ikke fikk komme til hos spesialisthelsetjenesten. Jeg var også nysgjerrig på hva menneskene som fikk avslag gjorde i stedet – hvem gikk de til når de ikke fikk komme til hos spesialisthelsetjenesten? Hva snakket de om når de skulle fortelle om hva de strevde med og ønsket hjelp til? Hvilke ressurser hadde de å spille på?

Høsten 2011 skjedde flere ting som hver for seg ikke hadde noe med hverandre å gjøre, men som sammen gjorde at prosjektet som ble til Abup drop in begynte. På denne tiden fikk jeg en ny psykologkollega, Espen Odden, som kom flyttende med familien til Sørlandet. Espen kom fra en jobb som kommunepsykolog på Østlandet, og ga uttrykk for at måten vi tok imot saker på i vår avdeling virket tungrodd og byråkratisk. Vi snakket ofte om hvordan det ville vært å møte folk på premisser som lignet førstelinjens, men innenfor andrelinjetjenestens mandat.

En plutselig sykmelding hos en kollega gjorde at det teamet ved Abup sin poliklinikk som hadde ansvar for å ta imot alle saker fra østre del av Aust-Agder fylke, ikke klarte å ta imot alle sakene de skulle. Samtidig åpnet Tvedestrand kommune Familiens Hus, der kommunale tjenester innen helse og omsorg for barn og ungdom ble samlokalisert. Dette, sammen med vår vedvarende fortvilelse over alle avslagene vi hver uke ga på henvisninger, gjorde at vi spontant lagde en skisse for et prøveprosjekt der to psykologer fra Abup (oss selv) en dag annenhver uke skulle være på Familiens Hus i Tvedestrand. Der skulle vi ta imot alle som ville snakke med oss. Tjenesten skulle ikke være avhengig av henvisning, og alle som ønsket det skulle få komme.

Prosjektet handlet om å ta imot folk, ikke om å følge saker opp over tid. Derfor skulle vi ikke tilby mer enn én enkelt time (60 minutter) for hver henvendelse. Slik ville vi sikre at vi alltid kunne ta imot alle som kom. Dessuten ville det ha vært betenkelig både juridisk og etisk om vi skulle etablere en alternativ poliklinikk utenfor sykehuset, der vi tok imot folk og fulgte dem opp over tid som pasienter. Men det å gi én enkelt times konsultasjon, der vi oppfordret profesjonelle og tjenestebrukere til å komme sammen til konsultasjon (og journalføre det i sykehusjournalen til den personen samtalen gjaldt, hvis det vi gjorde i samtalen kunne karakteriseres som helsehjelp), lå innenfor spesialisthelsetjenestens mandat om å veilede og støtte førstelinjetjenesten.

Dette prosjektet fikk vi klarsignal fra egen ledelse til å iverksette, før vi sendte en henvendelse til enhetslederen for Familiehuset i Tvedestrand med spørsmål om å få låne et kontor én dag annenhver uke, og en beskrivelse av hva vi ville bruke kontoret til. Vi fikk et umiddelbart «ja» tilbake.

Tirsdag 14. februar 2012 satt vi derfor på et lånt fysioterapeutkontor i Tvedestrand, med felles venterom med jordmor og helsesykepleier. Vi satte døren inn til kontoret åpen, og ventet. Ville noen dukke opp? For Espen og

meg var dette starten på et ti år langt samarbeid om å utforske hva et første møte med mennesker som har en bekymring om psykisk helse kan innebære, hvis dette møtet også er bestemt å være det eneste møtet man har¹.

Inspirasjonskilder

Reach Out Centre for Kids

Ideen om å ta imot mennesker til samtale uten henvisning, og på kort varsel, innenfor rammene av BUP-systemet, hadde vi fra en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Toronto i Canada (Young, 2008; Young, et al., 2008). Young (2008) beskriver hvordan psykisk helsevern for barn og ungdom i delstaten Ontario på starten av 2000-tallet var preget av lange ventelister – opp mot to år ved Reach Out Centre for Kids (ROCK) der Young selv arbeidet.

For å imøtegå denne situasjonen bestemte Young og kollegaene hennes seg for å åpne dørene til klinikken på vidt gap. På hvert av de tre stedene klinikken hadde filialer, satte de av en dag hver uke der alle som ønsket det, kunne få én time. På den måten fikk alle i lokalsamfunnet tilgang på kvalifisert psykososial helsehjelp innen kort tid, og når de selv erfarte å trenge det mest. Siden brukerne av tjenesten nærmest kunne gå rett inn fra gata og få tilbud om samtale der og da, omtalte de dette som «walk-in therapy»².

Ved ROCK lot de etter hvert denne ordningen erstatte tradisjonelle henvisninger. I stedet tok brukere og terapeuter, i løpet av timen, sammen stilling til hvordan problemet brukerne var kommet for å få hjelp med kunne forstås, og hva som kunne gjøres med det her og nå. Var det noe de som kom kunne gjøre selv? Var det andre de kunne rekruttere som hjelpere? Eller var det nødvendig med mer undersøkelse og videre behandling ved klinikken? Både avslutning etter en time og videre oppfølging ved klinikken var mulige utfall. Og selv om man hadde benyttet dette tilbudet én gang, kunne man gjerne komme igjen – men da til en ny walk-in-time, og kanskje hos en annen terapeut.

1 Abup drop in drives fortsatt, men er overtatt av nye kolleger etter at vi som etablerte det, har sluttet å jobbe i Abup.

2 «Walk-in» er en vanlig engelskspråklig betegnelse på denne typen tjenester, se f.eks. Slive & Bobele, 2011.

Innen kort tid erfarte de at ventelistene deres for utredning og behandling var betydelig redusert. Samtidig erfarte de at de nå møtte langt flere brukere enn før (fordi ingen henvendelser ble avslått), samtidig som det var betydelig færre aktive saker som gikk over tid ved klinikken (siden mange klarte seg med den ene timen).

Terapeutene som arbeidet med walk-in-tilbudet ved ROCK, hadde ulik yrkesbakgrunn og behandlingsmessige filosofier. Young (2008) beskriver at de likevel delte et sett felles antakelser, som utgangspunkt for å møte mennesker innenfor disse rammene (oversatt fra Young, 2008, s. 28):

- Folk vet selv når de trenger hjelp.
- Det er bedre å tilby hjelp når folk selv ber om det, enn når ventelisten tillater det.
- Mange vil ha godt utbytte av én enkelt konsultasjon og trenger kanskje ikke flere.
- Mange vil gjøre bruk av sporadiske enkelttimer når de trenger det.
- Mange vil også trenge å bli henvist videre til selve klinikken for videre hjelp.
- Mennesker bærer med seg flere historier (mennesker er «multi-storied»), både når det gjelder problemer og løsninger.
- Når folk oppsøker terapi er det fordi de er forhindret fra å løse problemene sine på egen hånd – ofte fordi de er begrenset av sin nåværende kunnskap om og forståelse av situasjonen.
- Folk har kunnskap, evner og ferdigheter som kan oppdages og utvikles på måter som kan hjelpe dem til å løse problemer de står overfor.

Denne innstillingen, eller terapeutposisjonen, tok vi med oss inn i arbeidet med å utvikle Abup drop in. Vi forsøkte samtidig å «rydde vekk» så mye som mulig av de prosedyrene, hjelpemidlene og rammene som kjennetegnet arbeidet vårt til daglig, på *innsiden* av spesialisthelsetjenestens vante rammer – skriftlige henvisinger, ventetid og ventelister, diagnosebøker og spørreskjemaer, og teamdrøftinger. Vi satte ikke dette til side fordi det var noe galt med det, men fordi ingenting av dette uten videre ville være nyttig for den praksisen vi ønsket å prøve ut. Der var poenget å gjøre avstanden – fysisk, i tid, og språklig – mellom bekymring og samtale med en profesjonell så kort som mulig.

Moshe Talmon – single session solutions

Tenkningen rundt én-sesjonsterapi i den formen som Young og kolleger utviklet, og som også Abup drop in bygget på, stammer fra arbeidet til den israelsk-amerikanske psykologen Moshe Talmon. I 1990 skrev Talmon en viktig bok om dette emnet, som kort og godt het «Single-Session Therapy».

I boka beskriver Talmon hvordan han og hans kolleger ved en poliklinikk i psykisk helsevern for voksne bekymret seg over antallet pasienter som ikke møtte til andre time, etter at et behandlingsforløp var satt i gang. Ofte kom dette overraskende på behandlere, som hadde inntrykk av at de i første time hadde fått lagt meningsfulle planer om videre endringsarbeid sammen med pasientene. Talmon og kollegene satte derfor i gang en oppfølgingsstudie der de ringte alle pasienter som hadde møtt til første time i et bestemt tidsrom, men ikke møtte til andre time. Da de sa at de gjerne ville vite hva terapeutene kunne gjort bedre slik at pasienten ikke hadde valgt å droppe ut av behandlingen, svarte mange at det slett ikke var slik det var – tvert imot hadde de opplevd å få så god hjelp i første time at de ikke trengte flere. For disse – majoriteten av dem det gjaldt – var det altså ikke sånn at de droppet *ut* av behandling. Det var snarere slik at de selv bestemte seg for å droppe *mer* behandling, fordi de opplevde det som skjedde i første time, som tilstrekkelig hjelp. Behandlingen var på sett og vis mer effektiv, og mer vellykket, enn behandlerne selv hadde hatt fantasi til å forestille seg.

Abup drop in: organisering og samtalemødel

Drop in-tilbudet vi organiserte, besto av at to psykologspesialister som til daglig arbeidet i spesialisthelsetjenesten for barn og unges psykiske helse, en hel arbeidsdag annenhver uke var tilgjengelige for samtale og konsultasjon på et sted der alle kommunale helse- og sosialtjenester var samlet. Tilbudet var åpent for at folk bokstavelig talt kunne droppe inn, men vi etablerte også en bookingordning der psykologene ble lagt ut som en ressurs i kommunens felles elektroniske kalendersystem. Det gjorde at alle som var ansatt i kommunen hadde tilgang til å booke psykologene på fire faste tidspunkt de dagene vi var der. For eksempel kunne en lærer booke en time mens hen snakket med en

elev og foreldre om utfordringer på skolen, en barnehageansatt kunne booke en time for å snakke sammen med foreldre om bekymringer for et barn, sosiallærere og rådgivere kunne booke timer hvis de ville komme sammen med en elev eller en familie de hadde kontakt med, eller profesjonelle kunne booke en time for å drøfte en problemstilling knyttet til konkrete mennesker anonymt – alene eller sammen som kollegium. Ungdom over 16 og foreldre kunne booke timer ved å ta kontakt med ekspedisjonen på Familiehuset. Vi la også ut informasjon om tilbudet på kommunens nettsider. Der oppfordret vi profesjonelle om å ta med seg dem deres henvendelse gjaldt, og privatpersoner om å ta med seg den eller de profesjonelle som de tenkte de kunne tenke best sammen med. På den måten søkte vi å befolke drop in-timene med mennesker som kunne belyse det vi skulle snakke om, fra ulike vinkler, og som kunne snakke videre med hverandre i etterkant av timen. Som begrunnelse for dette sa vi ofte at ideene som kom ut av samtalene, kunne være vanskelige å ta med seg. Derfor var det bra om det var flere som kunne løfte sammen, og som kunne bidra til å sette ideene som oppsto, ut i livet.

Et kart for samtaler

Vi opplevde umiddelbart rammen på 60 minutter som krevende. Det skyldtes ikke minst at konseptet gjorde at vi ikke visste noe om dem som kom på forhånd, og heller ikke tilbød oppfølging i etterkant. Hvordan skulle vi da strukturere timene for å kunne vite at det skulle komme noe ut av dem som brukerne av tjenesten ville ha nytte av? For å hjelpe oss med dette lagde vi en liste med spørsmål. Listen var ikke ment som en oppskrift, men som et kart til hjelp med orientering i samtalen. Til grunn for kartet la vi både andres forskning og vår egen erfaring, kort oppsummert i det som kan kalles en klientsentrert tilnærming til psykisk helsetjenster. Langberg, Dyhr og Davidsen (2019) oppsummerer en slik tilnærming som tjenester som fokuserer på 1. brukerens forståelse av aktuelle problemer og egen livssituasjon, 2. kvaliteten på kontakten mellom bruker og profesjonell og 3. koordinering av privat og profesjonelt nettverk som kan være til videre hjelp. Samtalekartet vi lagde, ble seende slik ut:

1. Hva ønsker du å snakke med oss om?
2. Hva håper du å få til i løpet av denne timen?

3. Kan du beskrive en gang der du opplevde et problem (stort eller lite), og der du løste dette problemet på en måte som du selv var fornøyd med?
4. Hvilke andre personer var viktige for at du klarte å løse problemet den gangen?
5. Er det noe av det du eller andre gjorde den gangen, som kan si deg noe om hva du kunne gjøre i den situasjonen du er i nå?
6. Hvem kan være til hjelp?
7. Planen videre.

Kunnskapsgrunnlaget for kartet var at det er viktig å:

- a. Etablere et klart fokus og en tydelig retning for samtalen (punkt 1 og 2). Her bygget vi blant annet på forskning som viser viktigheten av terapeutisk allianse, forstått som samarbeidsforholdet mellom terapeut og klient når det gjelder enighet om hva som er målet med kontakten og hvordan målene kan nås (Bordin, 1979; 1994; se også Baier, Kline & Feeney, 2020);
- b. Henvende seg til dem man snakker med som allerede kompetente aktører og eksperter på eget liv (punkt 3). Her hvilte vi i stor grad på klientsentrerte arbeidsformer, beskrevet bla annet av Duncan, Miller og Sparks (2004);
- c. Bringe inn bevissthet om nettverk og erfaringer med å ha fått noe til i fellesskap med andre (punkt 4). Her bygget vi særlig på forskning og erfaringer knyttet til arbeidsformen åpne samtaler i nettverk (Seikkula & Arnkil, 2007; se også Fonagy et al., 2019). Med dette som utgangspunkt bygget vi, sammen med de som kom, en plan for noen første skritt på veien mot en ønsket fremtid, tuftet på den kunnskapen og erfaringen som var lagt på bordet i samtalen rundt de fire første spørsmålene (punkt 5 og 6). Her benyttet vi all faglig kompetanse vi hadde til rådighet, erfaringer fra andre mennesker vi hadde møtt som profesjonelle, og fra eget levd liv. Vi anstrengte oss for å alltid tilby kunnskap i «porøs form». Det vil si som muligheter eller spørsmål, av typen «Jeg tror noen fort ville kalle det du beskriver for angst – rimer det med sånn som du opplever det, eller blir det feil?» Eller: «Andre jeg har truffet som har beskrevet lignende

erfaringer, har sagt at det verste kanskje er å ikke bli trodd – er det sånn det er for deg, eller har du det annerledes?» Eller: «De gangene jeg selv har vært i en lignende situasjonen, så har jeg ...».

- d. De siste minuttene av samtalen brukte vi til å oppsummere det vi sammen hadde kommet frem til, og tydeliggjøre hva planen videre kunne være (punkt 7).

Forskning på én-sesjonsterapi

Idéen om at en enkelt time kan være nok til å bidra til konstruktiv utvikling kommer i gang, har en viss støtte i terapiforskning. Men det er forsket lite på dette området. Hymmen, Stalker og Cait (2013) gjorde en systematisk litteraturstudie av forskning som rapporterte utfall av én-sesjonsterapier. Studiene de gjennomgikk, er svært forskjellige, representerer et bredt spekter av tjenester og brukergrupper og representerer stor variasjon i forskningsmetoder brukt for å måle resultater. Med dette forbeholdet mener forfatterne likevel at det er grunn til å hevde at flertallet av klienter som har deltatt i disse undersøkelsene, ser ut til å ha opplevd den hjelpen de fikk som tilstrekkelig, nyttig og tilfredsstillende.

I en spørreundersøkelse blant brukere av en én-sesjonstjeneste i psykisk helsevern for voksne i Canada fant Ewen og kolleger (2018) at et flertall brukere vurderte hjelpen som nyttig. Det gjaldt både reduksjon av lidelsestrykk, opplevelsen av å være rustet til å håndtere problemer, opplevelsen av å være i stand til å mestre problemene og det å vite hvor de kunne søke støtte.

I en litteraturstudie om terapeutiske virkninger av første behandlingskontakt fant Aafjes-van Doorn og Sweeney (2019) 35 publiserte studier som hadde undersøkt virkningene av terapi gitt innenfor rammene av én til tre timer. I denne litteraturen fant de at en betydelig andel klienter rapporterte nytte, inkludert symptomendring, etter kortvarig terapeutisk kontakt. De hevder at den positive effekten er tydelig, særlig når det sammenlignes med hjelpesøkere som ikke har fått noe tilbud, og at de positive konsekvensene ser ut til å opprettholdes ved oppfølgingsundersøkelser.

Avsluttende kommentarer

I innledningen omtalte jeg Abup drop in som et eksperiment som gikk ut på å se hva som ville skje når vi flyttet spesialisthelsetjenestens kompetanse og mandat nærmere folks hverdag – hvem ville bruke tjenesten, og hva ville de bruke den til? I de ti årene som vi som startet tjenesten jobbet med dette, var vi der stort sett en hel dag annenhver uke. Vi disponerte to kontorer, og hadde fire timer hver til rådighet hver gang. I løpet av disse årene var nesten alle timene benyttet. De gangene vi ikke hadde timer hver for oss samtidig, jobbet vi sammen. For oss, som klinikere, ble arbeidet med Abup drop in et viktig korrektiv til hverdagen inne på poliklinikken der vi ellers jobbet. I drop in-tilbudet traff vi mennesker som kom av egen maskin, la frem sine bekymringer med egne ord, og ofte sammen med dem som var sterkest berørt av det bekymringen gjaldt. Og vi kastet aldri bort tiden, men gikk «rett i tiltak» (som Espen, kollegaen min, pleide å si det).

Carl Whitaker, en av familieterapiens tidlige pionérer, sa at «I've always felt my most successful cases were those that lasted only one session» (gjengitt i Hoyt, Rosenbaum & Talmon, 1992, s. 60). Jeg kjenner meg igjen i det. Tilbakemeldingene vi fikk fra dem som brukte tilbudet – barn, ungdom, foreldre, lærere, barnehageansatte, helsepersonell, barnevernsansatte, for å nevne noen av de brukergruppene vi så mest til – var stort sett alltid varianter av at «dette var nyttig», eller «det vi snakket om kan jeg bruke med en gang». Andre ganger sa folk at det ikke kom så mye nytt ut av timen, men at det uansett var godt å snakke. Mange ga også uttrykk for at bare det at vi tok det de sa på alvor og responderte på *det*, i stedet for å stille en rekke spørsmål om helt andre ting, var noe de opplevde som en bekreftelse på at de faktisk var kompetente aktører i verden.

På slutten av hver dag i drop in-tilbudet satte Espen og jeg oss ned og snakket gjennom dagen. Målet med gjennomgangen var å dele erfaringer fra samtalene vi hadde hatt, for så å ta det som dagen hadde rommet som et svar på spørsmålet «Hva er det Abup drop in er til for?» Slik søkte vi å holde rammene for tilbudet, og praksisen innenfor disse rammene, åpen for de utfordringene mennesker oppsøkte tilbudet for å få bistand med – som et alternativ til å vedta et sett kriterier og retningslinjer som på forhånd kunne fortelle oss hvem som kvalifiserte for tilbudet, og hvem som ikke gjorde det.

Dermed tok praksisen aldri en endelig form, men forble et forsøk på å bygge et psykisk helsevern nedenfra, én samtale av gangen.

Selv om jeg i dette kapitlet har beskrevet praksisen i Abup drop in som et korrektiv til det etablerte, er ikke det i seg selv et argument for at praksiser som dette kan, eller bør, erstatte mer konvensjonelle arbeidsformer og måter å organisere tjenester på. De livsutfordringene mennesker kan oppleve, også de vi kaller psykiske lidelser, er uendelig mer komplekse og varierte enn at en enkelt samtale med en profesjonell er nok til å snu enhver destruktiv eller problematisk situasjon. For at lavterskelpraksiser som dette skal kunne fungere, er det viktig at det også finnes tjenester med høyere terskel, og mer omfattende tiltak, tilgjengelig.

Samtidig er det mange som hevder at selve det diagnostiske språket, som er en naturlig del av helsevesenet, har sneket seg inn i dagligtalen i samfunnet generelt. Hvis dette språket, som har sin opprinnelse innenfor en sykdomslogikk, får dominere hvordan vi forstår egne og andres utfordringer i livet, er det kanskje ikke overraskende at flere søker hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er tross alt den dominerende institusjonen for å behandle psykiske lidelser i samfunnet vårt. For å si det med en omformulering av det som kalles «Maslows hammer» (Maslow, 1966), eller instrumentloven: Hvis det eneste redskapet vi har er standardiserte nasjonale pasientforløp, vil all bekymring til slutt se ut som psykisk lidelse. Det viktigste Abup drop in-tilbudet tilførte det lokale psykisk helsevernet det oppsto i, var kanskje først og fremst en differensiering av tilbudet. Mens henvisning før var eneste mulige vei inn til psykisk helsevern for barn og unge innenfor det opptaksområdet vår tjeneste dekket, var det nå to veier – henvisning eller selv ta kontakt med drop in. For menneskene som søkte hjelp fra Abup, betydde det at de alltid kunne få en konsultasjon i løpet av maksimalt to uker, selv om de ikke selv kunne bestemme om de skulle bli tatt imot som pasienter og få tilbud om grundig utredning og behandling. For Abup som avdeling betydde det at flere fikk tilbud, uten at pasientlistene til den enkelte behandler økte.

Den kanskje viktigste lærdommen vi som jobbet med Abup drop in tok til oss gjennom dette arbeidet, var å nærme seg hvert enkelt møte (uavhengig av om det er *tenkt* som det eneste eller ikke) som om det er det siste møtet i saken, og alltid utforske hva den eller dem vi snakker med, selv ønsker å få ut av møtet (se også Talmon, 1990; Young, 2018). Når man jobber innenfor

rammen av en enkelt time, lærer man også å lytte aktivt til den indre dialogen, og å bli raus med å dele direkte, om enn på en tentativ måte, av egen erfaring, gi og be om tilbakemeldinger, og tilby råd, forslag til strategier, og praktisk informasjon. Hele tiden styrt av spørsmålet «hva burde jeg dele med disse menneskene hvis jeg aldri ser dem igjen?» Innenfor rammene av en enkelt time er det ikke rom for å være «fin på det», i betydningen å arbeide bare etter én bestemt terapeutisk modell eller retning. Man må tvert imot åpne opp hele sitt repertoar av kunnskap og erfaring, og stole på at de som kommer vil gjøre det samme.

Videre forskning

Det er gjort lite forskning på denne formen for psykisk helsearbeid. Noe av årsaken til det er kanskje at dette arbeidet har en form som ikke umiddelbart appellerer til klassiske former for klinisk forskning, som for eksempel studier av hvordan en bestemt type behandling virker for en spesifikk lidelse. Men det betyr ikke at man ikke kan forske på virkningene av kortvarige lavterskeltilbud som Abup drop in. Spesielt kunne det være nyttig å undersøke om bruk av denne typen tilbud har positive virkninger for brukerne av tjenesten på lang sikt; er det mulig å si om det å få hjelp gjennom en slik tjeneste bidrar til bedre livskvalitet eller bedre psykiske helse? Fører det til nedgang (eller økning) i videre bruk av helsetjenester? Forskning kan også utforske hvordan lavterskeltilbud kan integreres med andre kommunale og spesialiserte tjenester for å sikre kontinuitet i tjenestene, og identifisere eventuelle sosiale, kulturelle og strukturelle faktorer som påvirker tilgang til og bruk av disse tjenestene. Jeg håper vi i fremtiden vil se flere slike studier av lavterskeltilbud som dette, og at det kan bidra til en mer differensiert psykisk helsetjeneste der flere får god hjelp som er tilpasset den virkeligheten de lever i.

Referanser

- Aafjes-van Doorn, K. & Sweeney, K. (2019). The effectiveness of initial therapy contact: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 74*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101786>
- Baier, A. L., Kline, A. C. & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical Psychology Review, 82*, 101921. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921>
- Bertelsen, B. (2024). Otherwise in life: Thoughts on a minimalist psychotherapy. I T. D. Bøe, L. Skregelig & G. J. J. Biesta (Red.), *Being human today: Art, education and mental health in conversation* (s. 173–186). Intellect.
- Bertelsen, B., Johnsen, H., Lindeman, H. & Odden, E. (2015). Noen ganger skal det ikke så mye til. I E. Ulland & A. B. Thorød (Red.), *Psykisk helse: Nye arenaer, aktører og tilnæringer*. Universitetsforlaget.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Red.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (s. 13–37). John Wiley & Sons.
- Cromby, J., Harper, D. & Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress*. Palgrave Macmillan.
- Duncan, B. L., Miller, S. D. & Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy* (Rev. utg.). Jossey-Bass.
- Ewen, V., Mushquash, A. R., Mushquash, C. J., Bailey, S. K., Haggarty, J. H. & Stones, M. J. (2018). Single-session therapy in outpatient mental health services: Examining the effect on mental health symptoms and functioning. *Social Work in Mental Health, 16*(5), 573–589. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1456503>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. & Campbell, C. (2019). Mentalizing, epistemic trust and the phenomenology of psychotherapy. *Psychopathology, 52*(2), 94–103. <https://doi.org/10.1159/000501526>
- Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* [nettdokument]. Sist faglig oppdatert 2. desember 2020, lest 18. november 2022. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Holter, M. T. S., Bøe, T. D. & Bertelsen, B. (2024). Et alternativ til diagnoser for psykiske lidelser: Makt-trussel-mening-rammeverket. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 61*(7), 454–459. <https://doi.org/10.52734/PTJO4792>
- Hoyt, M. F., Rosenbaum, R. & Talmon, M. (1992). Planned single-session therapy. I S. Budman, M. F. Hoyt & S. Friedman (Red.), *The first session in brief therapy* (s. 59–86). The Guilford Press.
- Hymmen, P., Stalker, C. A. & Cait, C.-H. (2013). The case for single-session therapy: Does the empirical evidence support the increased prevalence of this service delivery model? *Journal of Mental Health, 22*(1), 60–71. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670880>

- Langberg, Dyhr, L. & Davidsen, A. S. (2019). Development of the concept of patient-centredness – A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1228–1236. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.023>
- Maslow, A. H. (1966). *The psychology of science: A reconnaissance*. Harper & Row.
- Odden, E. & Bertelsen, B. (2015). Om å løfte barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52(3), 222–227.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2007). *Nettverksdialoger*. Universitetsforlaget.
- Talmon, M. (1990). *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. Jossey-Bass.
- WHO. (2022, 17. juni). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Young, J. (2018). Single-session therapy: The gift that keeps on giving. I M. F. Hoyt, M. Bobele, A. Slive, J. Young & M. Talmon (Red.), *Single-session therapy by walk-in or appointment: Clinical, supervisory, and administrative aspects* (s. 40–58). Routledge.
- Young, K. (2008). Narrative practice at a walk-in therapy clinic: Developing children's worry wisdom. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 54–74.
- Young, K., Dick, M., Herring, K. & Lee, J. (2008). From waiting lists to walk-in: Stories from a walk-in therapy clinic. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 23–39.

Barbosa da Silva, A. & Ulland, E. (2025). Barnets beste skal alltid prioriteres. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 243–257). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550214>

Kapittel 14

Barnets beste skal alltid prioriteres

António Barbosa da Silva og Erna Ulland¹

¹ Delt førsteforfatterskap.

Innledning

For barn som utsettes for vold og overgrep, kan dette medføre betydelige fysiske, psykiske og eksistensielle problemer som kan gi varige skader. Helse- og sosialarbeidere står midt i denne situasjonen og møter mange utfordringer i møte med barn, unge og deres pårørende. I *Store norske leksikon* står følgende definisjon på psykisk helse (Andersen, 2021):

En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet. God psykisk helse er altså en positiv tilstand – ikke bare fravær av sykdom og vansker. (https://sml.sn.no/psykisk_helse)

Samfunnet har i løpet av de siste tiårene vært gjennom store forandringer som har påvirket befolkningens helse- og hjelpebehov. Helsetjenesten må i større grad tilpasse seg de nye helsekravene, og arbeidet med å bekjempe vold og overgrep skal ha høy prioritet – spesielt mot gruppen barn (NOU 2017:12 Svikt og svik; Helsedirektoratet, 2017). Det vises også til Helsedirektoratet, som har utarbeidet retningslinjer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017). I bekjempelse av vold og overgrep står barns beste (BB) i fokus. Kirsten Sandberg viser til BB i lovgivningen til barnekonvensjonen (BK) artikkel 3 nr. 1, som lyder slik:

Ved alle handlinger som berører barn, enten de foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner (eng. institusjoner), domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn. (Sandberg, 2016)

I denne artikkelen definerer vi barn og BB ut fra BK om barnets rettigheter. Den sier at *alle* barn under 18 år har de samme grunnleggende rettighetene, og at de har krav på spesiell beskyttelse (BK, artikkel nr. 3).

Mot denne bakgrunn er hensikten med dette kapittelet å utforske hva som er god omsorg for barn som utsettes for omsorgssvikt. Vi vil tydeliggjøre og drøfte noen av de etiske konfliktene helse- og sosialarbeidere (HSA) som har

omsorg for barn, står overfor. Vår problemstilling er: *Hvilke etiske forpliktelser har helse- og sosialarbeidere i møte med barn som utsettes for vold og omsorgs-
svikt, og hva kan hindre dem i å oppfylle disse forpliktelsene?*

I problemstillingen bruker vi begrepet «etiske forpliktelser». Det kan forstås i to ulike betydninger: Det ene er hvilke juridiske forpliktelser profesjonelle skal forholde seg til for å vurdere BB). Det andre er hvilke etiske verdier og holdninger profesjonelle skal kjenne seg forpliktet til å fremme BB. I det følgende tar vi hensyn til både den juridiske og den etiske ansvarsforpliktelsen. Den etiske ansvarsforpliktelsen skal være overordnet, som vi skal se nedenfor. Noen ganger er det samsvar mellom jus og etikk her, men andre ganger oppstår det spenninger og etiske eller moralske dilemmaer eller konflikter mellom disse to ansvarsforpliktelsene. Et etisk dilemma er en type etisk konflikt som kan oppstå i en situasjon der et individ må velge mellom to alternative handlinger – uansett hvilken av handlingene han eller hun velger, blir det feil.²

Det er ingen enkel forklaring på hva som er BB i en konkret situasjon, og HSA må manøvrere mellom ulike forståelser av hva som er til BB (Strømland et al., 2019). Vi mener at når barn utsettes for vold og overgrep av foreldre, kan foreldre til sitt forsvar appellere til det biologiske prinsippet. Dette innebærer at den genetiske sammenhengen mellom barnet og dets biologiske foreldre anses å være av stor betydning for barnets utvikling. I en argumentasjon hvor det biologiske prinsippet krysser den juridiske og den etiske ansvarsforpliktelsen, kan etikken miste sin overordnede posisjon. Det kan medføre en prioritering av foreldreretten fremfor barnets rett. Det biologiske prinsippet er ikke lovfestet i Norge, men det ble tatt en beslutning av Høyesterett som hevder at prinsippet om biologi skal ha en vesentlig betydning i vurderingen av BB, fordi den biologiske bindingen til foreldrene bidrar til barnets selvforståelse av livshistorier, konstruksjoner av identitet og kontinuitet (Høyesterett, Rt-2012). Men det kan også tenkes at profesjonelle kommer i en situasjon hvor de vurderer at det ikke er til BB at det biologiske prinsippet følges. Dette kan skje når etiske verdier og hensynet til barna ikke ivaretas av foreldrene, og snarere at det kan være til stor skade for barna om det biologiske prinsippet følges. Det er slike moralske dilemmaer som kan være krevende for profesjonelle og kan

2 Jf. <https://skrivesenteret.no/ressurs/etiske-dilemma/>

føre til moralsk stress. Et eksempel her er når HSA kommer i konflikt mellom egne, foreldrenes og helsevesenets ansvarsforpliktelser.

I tillegg til de etiske dilemmaene som kan oppstå, preges helse- og omsorgstjenesten av stram økonomi og mangel på helsepersonell. Dette kan føre til at HSA utsettes for et tidspress. Forskning viser at dette tidspresset over tid kan skape et moralsk stress hos HSA. Når for eksempel HSA stadig står i klemme mellom egne etiske verdier og pålagte forpliktelser i jobben, kan dette skape dårlig samvittighet hos dem (Jansen et al., 2022a, s. 7–11). I studien om foreldrefremmedegjøring (*Parental alienation*) sier forskerne at foreldrefremmedegjøring gir en skadelig atferd som skaper problemer for både foreldrenes og barnets psykiske helse (Meland et al., 2023, s. 1–9). Vi anser at både for de som vil lære seg hvordan man skal løse etiske dilemmaer og konflikter relatert til barnets sosiale helse, og for de som underviser HSA, er dette kapitlet viktig.

Teoretisk tolkningsramme

For å kunne drøfte og etisk vurdere HSAs etiske valg, handlinger og deres argumenter for sine handlinger, behøver vi *etiske verdier, normer, prinsipper og teorier som vår teoretiske tolkningsramme*. Med andre ord, for å kunne vitenskapelig vurdere HSAs etiske valg, handlinger og deres argumenter for sine handlinger – hvorfor de gjør som de gjør eller bør endre oppførsel – bruker vi en teoretisk tolkningsramme som består av begreper som *menneskeverd, FNs BK, etiske verdier og normative etiske teorier*.

Vi begrunner valget av denne tolkningsrammen i det faktum at HSA er underlagt yrkesetiske retningslinjer som forsvarer noen av de universelle grunnverdiene og normene som autonomi, respekt for menneskeverd, ansvar og taushetsplikt. Vi oppfatter disse som verdigrunnlag for det etiske idealet som omhandler respekt for og fremming av BB. Dessuten tar vår teoretiske tolkningsramme hensyn til at sykepleierens praksis er basert på universelle etiske grunnverdier og normer utarbeidet av *International Council for Nurses (ICN)* (Slettebø, 2009), der respekt for menneskeverd, autonomi og grunnleggende rettigheter er vesentlig. I forskrift om felles rammeplan for helse- og

sosialutdanninger (2017) står det under kapitlet for læringsutbytte i punkt 7 følgende faglige og etiske krav til HSA:

HSA skal ha kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer. (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialutdanninger, 2017, s. 1, punkt 7)

Med denne kunnskapen, som er både av faglig og etisk karakter, skal HSA kunne «identifisere, reflektere over og håndtere etiske problemstillinger i sin tjenesteutøvelse».

Menneskeverd og menneskerettigheter som etiske normer

Med «norm» menes innen både jus og etikk en standard eller et kriterium for hva som er rett eller urett, godt eller ondt, tillatt eller ikke tillatt. FNs universelle erklæring om menneskerettigheter, art. 2 sier: «Enhver har krav på alle de rettigheter som er nevnt i denne erklæring, uten forskjell av noen art, f.eks. på grunn av rase, farge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, eiendom, fødsel eller annet forhold». I FNs BK, artikkel 19, står det: «Staten skal beskytte barnet mot fysisk eller psykisk mishandling, forsømmelse eller utnyttelse fra foreldre og andre omsorgspersoner». BK er opprettet for å beskytte barns menneskeverd, integritet og grunnleggende rettigheter, dvs. BB. Begrunnelsen for dette er at barnet er likeverdig med og innehar de samme grunnleggende rettigheter som de voksne. Norge har ratifisert BK og akseptert at den er overordnet norsk lov (jf. Kjellevold, 2009). Menneskeverd og FNs barnekonvensjon skal derfor ses her som både rettslige og etiske normer. Flere forfattere peker på likhet og forskjell mellom etiske og juridiske eller rettslige normer (Kjellevold, 2009, s. 18f og Barbosa da Silva, 2006; 2010; 2011; 2012; 2018, s. 189f).

Barnekonvensjonen som etisk norm

FNs barnerettighetskomité har i sine tolkninger av BK flere ganger uttalt at konvensjonen må tolkes i samsvar med fire sentrale tolkningsprinsipper som har etisk karakter, eksplisitte i BKs: artiklene 2), 3), 6) og 12). BKs bestemmelser skal forstås i lys av prinsippene om BB (art. 3), barnets rett til ikke å bli diskriminert (art. 2), barnets rett til liv og utvikling (art. 6) og barnets rett til å bli hørt (art. 12). Av disse etiske prinsippene er hensynet til BB det overordnende, og de øvrige konvensjonsbestemmelsene tolkes i samsvar med dette prinsippet. I vårt forslag til løsning av etiske dilemmaer, som HSA kan oppleve, skal vi bruke BB, art. 3.2 sammen med art. 9 i BK. BKs viktigste prinsipp er altså BB. Det skal derfor komme i første rekke og være det viktigste kriteriet ved alle statlige tiltak og avgjørelser som gjelder barn. Slik bør det være fordi barnet er den svakeste part, og derfor skal dette kriteriet prioriteres i for eksempel en interessekonflikt, eller ved et etisk dilemma der BB står på spill. En løsning av dilemmaet innebærer her å velge den handling som anses å ha minst dårlige konsekvenser for barnet. En prioritering av den svake part begrunnes ved hjelp av behovsprinsippet, som er del av det norske helsevesens etiske grunnprinsipper som kan brukes ved hjelp av følgende *klassiske*, normative etiske teorier: pliktetikk, konsekvensetikk og dydsetikk (jf. Tranøy, 2005). I neste avsnitt presenteres disse teoriene som utgjør en del av dette kapitlets tolkningsramme som fungerer som analyseinstrument for vår etiske analyse.

Tre grunnleggende normative etiske teorier

Ved hjelp av tre klassiske, aktuelle og relevante normative etiske teorier vil vi argumentere for at der loven og etikken kolliderer med hverandre, bør HSA prioritere etiske teorier, prinsipper og verdier fremfor arbeidsgivers retningslinjer basert på rettsregler (jus). Vi støtter oss til BK, som hevder at hvor det er en konflikt mellom foreldrenes, HSA og barnets interesser, bør BB prioriteres. Vi tolker dette som et etisk ideal. BK, som en del av menneskerettighetene, er etiske forpliktelser som er overordnet norsk lov (jf. Kjellevoid, 2009).

I lys av ovenstående presisering av grunnleggende normative etiske teorier, argumenterer vi prinsipielt for at BB alltid skal prioriteres. Vår problemstilling er: *Hvilke etiske forpliktelser har helse- og sosialarbeider i møte med barn som utsettes for vold og omsorgssvikt, og hva kan hindre dem i å oppfylle disse forpliktelsene?* For å svare på denne problemsstillingen er det rimelig å anta at HSA, som arbeider med denne gruppe barn og som får økt bevssthet omkring problemstillingen, vil kunne utvikle sitt handlings-reportorar og sin etiske kompetanse for å kunne utføre sitt omsorgsarbeid for å fremme BB.

I det følgende skal vi bruke de tre ovenfornevnte normative etiske teoriene i vurdering av HSAs etiske forpliktelser til å gripe inn i situasjoner der BB står på spill. *Den pliktetiske teorien* hevder at en handling er rett om den handlende personer er motivert av sin plikt alene. Plikt er en handling som et moralsk, juridisk eller religiøst påbud, ifølge Store norske leksikon (<https://snl.no>). Ved å følge en streng *pliktetikk* retter en seg etter autoriteter som enten er ytre instanser (via yrkesetiske retningslinjer, forskrifter og/eller rettslige regler) eller egne pliktetiske overbevisninger og samvittighet, ifølge den pliktetiske regelen: «En bør *alltid* følge sine plikter».

Konsekvensetisk teori hevder at en handling er rett bare om dens konsekvens er god. *Utilitarisme*, som en form av konsekvensetikk, hevder at den gode handlingskonsekvensen skal være til nytte for så mange mennesker som mulig.

Dydsetikk brukes som synonym til egenskapsbasert etikk, sinnelagetikk og holdningsetikk (Asheim, 1994, s. 21; Barbosa da Silva, 2006, 2010; 2011; 2012; 2018, s. 149). *Dydsetikk* er verken opptatt av den handlende personens plikt eller av en handlingskonsekvens, men av menneskets (den handlende personens) gode moralske egenskaper, sinnelag, holdning eller dygder som *mot, klokskap, sannferdighet, rettskaffenhet, velvilje, empati, tillit og barmhjertighet* (jf. Barbosa da Silva, 2006; 2010; 2011; 2012; 2018, s. 149; Tranøy, 2005; Aadland, 1998; Ruyter, 2014, s. 110f).

Dydsetikk fungerer best når den handlende personen står ansikt til ansikt med andre. HSAs personlige moral og gode egenskaper, her tolket som moralske dyder i betydning verdiskapende egenskaper som pleies i sammenheng, betyr moralske dyder hos pleiepersonellet «som tenderer til å skape positive verdier hos pasienter eller gjør dem i stand til å oppleve seg som verdifulle i sin relasjon med pleiepersonellet» (Barbosa da Silva: 2006; 2010; 2011; 2012; 2018, s. 2009). Disse moralske dyder har betydning for selve

handlingen. Grimen (2004) sier om sinnelagsargumentasjon at en vurderer om en handling er etisk god eller dårlig i lys av den handlendes sinnelag (dvs. aktørens motiver, hensikter, dyder, følelser og lignende).

Analyse og drøfting av HSAs etiske dilemma

For å svare på vår problemstilling vil vi analysere og drøfte HSAs etiske dilemma som oppstår når de forsøker å oppfylle sine etiske plikter i sitt omsorgsarbeid. I en studie beskrives det at HSA opplever å ikke strekke til bl.a. på grunn av tidspress (Ulland, 2005). I en annen studie uttrykkes denne utilstrekkeligheten som moralsk stress nettopp fordi HSA ikke får utført jobben sin som de er satt til å gjøre (Jansen et. al, 2022b; Gutierrez, 2005). Vi viser også til studien til Meland et al (2023), som analyserer foreldrefremmedgjøring. Disse studiene refererer til begrepet foreldrefremmedgjøring som antyder at HSA kommer i konflikt mellom egne, foreldrenes og helsevesenets forventninger. Konflikten kan bli et etisk dilemma når HSA strever å fremme BB i barneomsorg, samtidig som han/hun er forpliktet å fremme helsevesens og eller foreldrenes beste interesser.

Barns beste etisk analysert og vurdert

For å respektere barnets menneskeverd og menneskerettigheter, ifølge BK, må BB settes i sentrum. For å ivareta barnets verdighet, menneskeverd og grunnleggende rettigheter vil vi her spesielt fremheve barnets rett til trygghet. Erikson (2000) sier at tillitsforholdet mellom foreldre og barn er avgjørende for utviklingen av barnets trygghetsgrad. Videre mener han at tillit og mistillit er grunnholdninger i et menneskeliv og samliv (jf. Erikson, 2000).

Med støtte fra tidligere forskning argumenterer vi for at tilknytningens kvalitet kan påvirke menneskets evne til å knytte nære sosiale relasjoner til andre (Bowlby, 1994; Ulland, 2005; Neuman, 2007). En kan derfor anta at

HSA er ansvarsforpliktet til å gå aktivt inn i situasjoner der de opplever en manglende emosjonell tilknytning mellom foreldre og barn. HSAs ansvarsforpliktelse gjelder alle forhold hvor BB ikke prioriteres.

Det er først og fremst barnevernet som har hovedansvar for barn som lider overlast. Barnevernets overordnede prinsipp er at tiltak som iverksettes, skal være til BB. Men det kan oppstå situasjoner hvor barnevernets tiltak/handlinger krenker barnets integritet og verdighet. Et eksempel her kan være at barn og foreldre har motstridende interesser. Da vil det være hensyn til BB som er avgjørende og som er nedfelt i barnevernloven (Lov av 17. juli 1992 nr. 100). Det betyr ikke at barnevernet alene har dette ansvaret. Offentlige HSA har også et ansvar. Dette begrunner vi med henvisning til BK, som en del av menneskerettighetene. Disse er primært til for å forsvare den enkelte borgers rettigheter overfor staten. Dette skaper en ansvarsforpliktelse hos HSA som statens representanter. For eksempel står det i BKs artikkel 19: «Staten skal beskytte barnet mot fysisk eller psykisk mishandling, forsømmelse eller utnyttelse fra foreldre og andre omsorgspersoner». Dette mener vi er en norm som fremmer barnets grunnleggende rettigheter, og som begrunner og rettferdiggjør HSAs ansvarsforpliktelser overfor barnet.

Ettersom manglende emosjonell tilknytning mellom barn og omsorgsperson på lang sikt kan skape psykisk og sosial uhelse (Hagen, 2021, s. 68–83), kan HSA påberope barnets rett til helse som en annen relevant og sterk begrunnelse for sin prioritering av handlinger som fremmer BB. Fordi Norge har ratifisert BK, er HSA forpliktet til å håndheve denne i situasjoner der etiske konflikter og dilemmaer oppstår. Det er eksempelvis HSAs ansvar å faglig vurdere om det i konkrete situasjoner foreligger en manglende emosjonell tilknytning mellom foreldre og barn som er så alvorlig at HSA må prioritere å gripe inn for å fremme BB. Ifølge FNs universelle menneskerettighetserklæringer (art. 25) er det statens ansvarsforpliktelse å håndheve barnets rett til helse. Håndhevingen kan skje bl.a. gjennom HSA som statens representanter. Samtidig vet vi at barnets ve og vel i stor grad er overlatt til foreldrene selv eller andre foresatte. Generelt tror vi at de fleste foreldre i prinsippet har en genuin interesse i å gi barna den aller beste omsorg, men ulike barnevernsaker antyder at enkelte foreldre ikke alltid er opptatt av BB. En del foreldre er hindret i å gjøre det av årsaker de ikke har kontroll på, eksempelvis livskriser, rusavhengighet, uhelse eller økonomi.

Av ulike grunner vil det alltid kunne bli et tolknings spørsmål om når en for eksempel skal håndheve FN's BKs artikkel 19 som forsvarer BB. Dersom foreldre og samfunn har forskjellige forståelser av hva omsorgssvikt er, kan dette skape utfordringer for HSA. Spørsmålet blir da hvem sine rettigheter og beste interesser skal prioriteres i en konfliktsituasjon, og hvem som er den svakeste part, som bør beskyttes. Etter vårt syn er det alltid BB som skal prioriteres når barnets interesser står på spill. Våre argumenter for dette begrunnes ut fra BKs artikkel 19 forstått som et pliktetisk prinsipp som påpekt oven er overordnet rettslige prinsipper eller lov ifølge Norges ratifisering av BK (jf. Kjellebold, 2009).

Hvis HSAs handlinger styres av ytre forskrifter alene, kan det skje en umyndiggjøring av HSA som kan føre til ansvarsfraskrivelse. Dermed kan det oppstå et etisk dilemma som består av et motsetningsforhold mellom arbeidsgivers og HSAs *kriterier* for eksempelvis prioriteringer av *tid*. Her kan det foreligge en plikt-kollisjon mellom HSAs faglige og etiske forpliktelse og arbeidsgivers forventning om at HSA bør utføre pålagte arbeidsoppgaver. Dette innebærer at om en HSA skal argumentere *pliktetisk* for sitt handlingsvalg, kan HSA stå i et dilemma som skapes av lojalitetsplikt: Hvem sitt krav skal en være mest lojal mot: arbeidsgivers krav om effektiv bruk av tid, eller HSAs ansvarsforpliktelse overfor sin egen yrkesetikk og BK? Vi mener at HSA i første rekke må velge ut fra BB (jf. BKs, artikkel 19.). Ved å se dilemmaet i flere etiske perspektiver, eksempelvis gjennom en kombinasjon av pliktetisk og konsekvens etisk teori, kan det iblant skje en «løsning» av etiske dilemmaer (Barbosa da Silva, 2006; 2010; 2011; 2018, s. 164). Ved en slik kombinasjon av normative etiske teorier «løses» dilemmaet gjennom å velge den minste av to onde handlingsalternativer. Her behøver man konsekvens etisk resonnement, som illustrert nedenfor.

Hvis vi vurderer tidsklemma ut fra *konsekvens etikk*, vil HSA selv ha rett til å gjøre valg ut fra handlingens konsekvenser. Det innebærer at de selv kan vurdere hvilke oppgaver som er viktigst å prioritere, og som kan lede til større nytte for så mange mennesker som mulig (utilitarisme) med spesielt hensyn til de involverte partene. Konsekvens etikk tar altså sikte på å analysere situasjoner, og å veie for og imot hva som er forsvarlig å gjøre eller ikke å gjøre med hensyn til en handlings gode konsekvens for de berørte partene og andre i samme eller liknende situasjon. Ut fra en kortsiktig konsekvens etisk resonnement kan det ikke på forhånd avgjøres hva som er en etisk forsvarlig

løsning på HSAs dilemma, fordi handlingens konsekvens alltid ligger i fremtid. Men ved å se fremover kan en etisk sett forsøke å forutse hvilke konsekvenser avgjørelsen kan få på lang sikt for en selv og for de berørte partene, spesielt for BB, som setter grenser for hvor mye konsekvens etisk resonnement en får gjøre.

Når HSA står overfor arbeidsgiver, foreldre og barn, kan «tidsklemma» – i lys av *pliktetikken* – påvirke ens handlingsvalg. Det stilles krav til arbeidsgiver, og foreldre og barn kan ha sine forventninger til HSA. Å fremme BB forutsetter et *pliktetisk prinsipp* som sier at man alltid skal fremme BB. Når konsekvensbedømmelse skjer, er den nesten alltid subjektiv, fordi den objektive, dvs. faktiske, konsekvensen ikke kan være kjent i forkant. Det innebærer en handling under en viss risiko. Men at prinsippet «barnets beste» bør prioriteres, garanterer en viss forutsigbarhet i etiske vurderinger. Dette er fordelene med bruk av pliktetikk i forhold til konsekvensetikk.

Et godt *sinnelag* eller moralsk *dyd* hos HSA vil kunne påvirke positivt overfor arbeidsgiver. Ansikt til ansikt med foreldre og barn kan en tenke seg at moralske dyder som mot, empatisk evne, barmhjertighet og rettskaffenheter blir viktigst. Dette kan sannsynligvis føre til at HSA velger å bruke den *tid* som er nødvendig for å ivareta foreldre–barn–relasjonen for BB. Hvilken løsning som velges, er avhengig av blant annet kommunikasjon, empati og omsorg for de berørte partene, og HSA karakteregenskaper og holdninger, samt en vurdering av hvilke og hvem sine interesser som er viktigst, og som dermed bør prioriteres. I denne sammenheng er det klart at barns interesser og grunnleggende rettigheter må prioriteres. Dette kan en HSA, på tross av å være statens representant, gjøre som barns advokat i kraft av sin profesjonsetikk og BK (jf. Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1994, s. 9). Men dette krever at HSA i tillegg til faglig og etisk kompetanse må ha de ovenfornevnte moralske dyder.

Konklusjon og sluttrefleksjon

Med sikte på å forebygge skade og fremme barns helse generelt og psykososiale helse spesielt har vi i dette kapitlet svart på problemstillingen: *Hvilke etiske forpliktelser har helse- og sosialarbeider i møte med barn som utsettes for vold og omsorgssvikt, og hva kan hindre dem i å oppfylle disse forpliktelsene?*

Vårt svar er at HSA alltid skal prioritere BB. Vi har bl.a. påpekt kravene som felles rammeplan for helse- og sosialfagene (2017) stiller til HSA. Vi har også fremhevet BKs art. 19 som overordnet pliktetisk prinsipp til andre rettslige og etiske prinsipper. Videre har vi fremhevet viktigheten av HSAs faglige kunnskap for å kunne oppfylle sine etiske forpliktelser.

Vi tolker oppfyllelsen av disse kravene som at HSA skal inneha så vel faglige kunnskaper som praktiske ferdigheter, etiske kunnskap og besittelse av noen relevante moralske dyder. I vår analyse og drøfting har vi fremhevet at kompetanse og profesjonalitet bør inkludere evne til å analysere og reflektere over etiske dilemmaer for å kunne identifisere og «løse» dilemmaene. Vi har også presisert at den etiske kompetansen som HSA bør ha, innebærer dels kunnskap om etiske verdier, prinsipper og regler og dels besittelse av moralske dyder som mot, klokskap, empati, barmhjertighet og rettskaffenhet som gjør en i stand til å være den svakes parts (her barnets) advokat, samt at HSA bør ha erfaring i å bruke den etiske kompetansen i sin praksis. I sin praksis poengterer vi også at HSA bør ha kunnskap om tilknytningens betydelse for barnets utvikling og helse. Hvis HSA ikke innehar denne kompetansen, vil det være vanskelig å oppfylle forpliktelsene overfor BB.

Med disse kompetanser skal HSA være i stand til å gjøre ansvarsfulle valg, uansett hvilke forventninger arbeidsgiveren måtte legge til grunn for vurdering av HSAs yrkesutøvelse. Moralsk klokskap og faglig kompetanse gir nødvendig dømmekraft i møte med vanskelige etiske dilemmaer HSA står overfor når BBs interesser trues.

Referanser

- Andersen, A. J. W. (2023). Psykisk helse. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 21. juli 2023 fra https://sml.sn.no/psykisk_helsearbeid
- Asheim, I. (1994). *Mer enn normer: Studier i dydsetikk* (s. 121). Universitetsforlaget.
- Barbosa da Silva, A. (1995). Dygdens plats i vårdetiken – dygdens komplementära funktion i förhållande till principresonemang inom den allmänna etiken och vårdetiken. I K. Eriksson (Red.), *Mot en caritativ vårdetik* (s. 95–131). Reports from the Department of Caring Science 5/1995.
- Barbosa da Silva, A. (2006/2010/2011/2012/2018). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Barbosa da Silva, A. (2009a). Autonomy, dignity, and integrity in health care ethics – a moral philosophical perspective. I H. S. Aasen, R. Halvorsen & A. Barbosa da Silva (Red.), *Human rights, dignity and autonomy in health care and social services: Nordic perspectives* (s. 13–51). Intersentia.
- Barbosa da Silva, A. (2009b). Förhållandet mellan princip- och regelbaserad etik och dyd-etik. I A. Barbosa da Silva, I. Berggren & H. Nunstedt (Red.), *Omvårdnadshandledning – ur etiskt och tvärdisciplinärt perspektiv* (s. 45–76). Studentlitteratur.
- Barbosa da Silva, A. (2010). Tvang i psykisk helsevern i lys av menneskeverd, etiske behandlingskriterier og rett til helse. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 12(4), 15–39.
- Barbosa da Silva, A. & Andersson, M. (1993/1996). *Vetenskap och människosyn i sjukvården: En introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik*. SHSTFs FOU-rapport nr. 40.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Bd. 1. Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Bd. 2. Separation, anxiety, and anger*. Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Bd. 3. Loss, sadness and depression*. Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas*. Natur och Kultur.
- Det kongelige barne- og likestillingsdepartementet. (2017). *Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)*.
- Erikson, H. E. (2000). *Barndommen og samfunnet* (K. von Krogh, Overs., 2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eskeland, S. (2013). Etikken går foran loven. I K. H. Søvig, S. Eskeland Schütz & Ø. Rasmussen (Red.), *Undring og erkjennelse* (s. 127–139). Fagbokforlaget.
- Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. (2017). <https://lovdata.no>
- Forskrift til rammeplan for helsesykepleierutdanningen. (2021). <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2021-04-09-1146>
- Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. Universitetsforlaget.
- Gutierrez, K. M. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5), 229–241.
- Hagen, M. B. (2012). *Vold i nære relasjoner i lys av barnets rettigheter og statens ansvarsforpliktelser* [Masteravhandling, Universitetet i Stavanger].
- Hagen, M. B. (Red.). (2021). *Traumabevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* [nettdokument]. Sist

- faglig oppdatert 18. januar 2023, lest 27. mai 2023. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Hummelvoll, J. K. & Barbosa da Silva, A. (1994). A holistic-existential model for psychiatric nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 30(2), 1–8.
- Jansen, L., Hem, M. H., Danbolt, L. J. & Hanssen, I. (2022a). Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing Ethics*, 27(5), 1315–1326.
- Jansen, L., Hem, M. M., Danbolt, L. J. & Hanssen, I. (2022b). Coping with moral distress and acute psychiatric wards: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 29(1), 171–180.
- Kjellevoid, A. (2009). Helse og sykepleie i et menneskerettighetsperspektiv. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 11(3), 15–18.
- Lov om barneverntjenester (barnevernloven). (1992). LOV-1992-07-17-100. Barne- og familiedepartementet.
- Meland, E., Furuholmen, D. & Jahanlu, D. (2023). Parental alienation – a valid experience? *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–9. <https://doi.org/10.1177/14034948231168978>
- Neumann Basberg, C. E. (2007). *Det bekymrede blikket: En studie av helsesøstres handlingsbetingelser* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.
- Norges offentlige utredninger. (2017: 12). *Svikt og svik: Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Barne- og likestillingsdepartementet.
- Ottawa Charteret om helsefremmende arbeid. (1987). Helsedirektoratet. <http://www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2233/ik-2233.htm>
- Rt-2012-1832. (2012). HR-2012-2309-A–Rt-2012-1832. Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/pro/#document/HRENG/avgjorelse/hr-2012-2309-a-eng>
- Ruyter, K. W. (2014). Dyder er ikke tilleggsgoder – en for profesjonsutdanningene. I S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk: Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (2. utg., s. 109–141). Universitetsforlaget.
- Sandberg, K. (2016). Barns beste i lovgivningen: Betenkeligheter i barnevoldssaker. <https://www.regjeringen.no>
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Gyldendal Akademisk.
- Store norske leksikon. (2024). Pliktetikk. Hentet 20. august 2024 fra <https://snl.no>
- Strömmland, M., Andersen, A. W., Johansen, W. K. & Bahun, M. K. (2019). In your best interest: A discussion of how capability approach could be used as a guideline to strengthen and supplement the principle of the child's best interests. *The International Journal of Children's Rights*, 27, 517–544.
- Tranøy, K. E. (2005). *Medisinsk etikk i vår tid*. Fagbokforlaget.
- Ulland, E. (2005). *Hvordan oppdager og formidler helsesøstrene et godt samspill mellom foreldre og barn i alderen 2–3 år?* [Masteravhandling]. Nordiska Hälsovårdshögskolan (NHV).
- Ulland, E. (2012). Barneperspektiv i skjønnlitterære tekster: Hvordan kan erfaringer i barndommen påvirke vår psykiske helse sett i lys av teorier om tilknytning, resiliens og helsefremmende arbeid? *Klinisk Sykepleje*, 26(1), 36–44.

- Ulland, E. & Barbosa da Silva, A. (2009). Helsesøstrers handlingsvalg der de opplever en manglende emosjonell tilknytning mellom foreldre og barn: Et moralfilosofisk perspektiv. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 11(2), 31–41.
- Vetlesen, A. J. & Nordtvedt, P. (2010). *Følelser og moral*. Kopinor Forlag.
- Aadland, E. (1998). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Det Norske Samlaget.

Lund, J. & Kolb, H. (2025). Mestring og resiliens i et psykososialt perspektiv – betydningen av mulighetsstrukturer. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 259–273). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550215>

Kapittel 15

Mestring og resiliens i et psykososialt perspektiv – betydningen av mulighetsstrukturer

Janne Lund og Helen Kolb

Mestring og resiliens handler om hvordan mennesker gjennomlever og håndterer belastninger i livet. Mestring og resiliens er fenomener som har fått mer og mer oppmerksomhet i fagfeltet psykisk helse og nå også i psykososial helse. Samtidig som det er fellesnevnerne mellom mestring og resiliens, er det også viktige nyanseforskjeller mellom disse to fenomenene. I dette kapittelet belyser vi disse nyanseforskjellene. Videre er vårt formål med kapittelet at vi gjennom teori samt eksempler fra to aktuelle forskningsprosjekt utforsker hvordan mestring og resiliens kan være psykososial og da med særlig vekt på den sosiale dimensjonen. Både mestring og resiliens er vel etablerte fagbegrep innen psykologi og innen arbeid med barn og unge. Imidlertid er de etablerte forståelsene av mestring og resiliens fundert i individuelle perspektiv. I konteksten av barn og unges liv oppfatter vi at disse etablerte forståelsene begrenser handlingsrommet i hvordan man kan arbeide med mestring og resiliens blant barn og unge. Ved hjelp av sosialøkologiske perspektiver på mestring og resiliens fra den kanadiske resiliensforskeren Michael Ungar skriver vi i dette kapittelet fram en ny forståelse av psykososial mestring og psykososial resiliens hvor man i større grad vektlegger omgivelsenes rolle.

God *psykisk og sosial helse* innebærer en positiv identitet, psykisk velvære og evnen til å gå inn og opprettholde tilfredsstillende sosiale relasjoner (Ommundsen, 2000). *Psykososial helse* viser til helsen som ligger både innad i personen (psyko), utad i miljøet som personen befinner seg i (sosial), og til samspillet mellom disse to (Lund, 2022). Hvordan man har det, altså personens psykososiale helse, innebærer hvordan man håndterer forventede opp- og nedturen i livet (mestring), og hvordan man håndterer mer traumatiske utfordringer (resiliens). Slik sett er mestring og resiliens viktige deler av den psykososiale helsen, og det kan være relevant å snakke om psykososial mestring og om psykososial resiliens.

Begrepet *mulighetsstrukturer* fra den kanadiske resiliensforskeren Michael Ungar (2012a; 2012b) er sentralt i dette kapittelet. Begrepet sikter på de muligheter i omgivelsene rundt ungdommene som hjelper dem å mestre livet til tross for at det oppstår vanskeligheter. Dermed rettes blikket mot det som ligger utenfor hver enkelt person, men som personen må ta i bruk, benytte seg av eller inngå i samspill med, i håndteringen av utfordringer.

I det ene prosjektet som vi henter eksempler fra (Lund, 2022; Lund et al., 2022), utforsket forskerne hvordan unge jenter mestrer sosiale utfordringer i skolehverdagen. Deler av jentenes mestring viste seg å være rettet mot de

sosiale omgivelsene og mot andre mennesker. I det andre prosjektet (Kolb et al., 2022) utforskes hva ungdommer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner, *selv* mener er viktig for at tiltaket eller hjelp som de får, oppleves som relevant og nyttig. Prosjektet gir innsikt i hvordan resiliens *kan pleies fram* i samspill med omgivelsene.

Videre i dette kapittelet går vi først nærmere inn på begrepene mestring og resiliens og de ulike nyansene i disse. Deretter presenterer vi mestring som psykososial helse og gir konkrete eksempler fra forskningsprosjektet om jenters mestring av sosiale utfordringer (Lund et al., 2022), før vi tar for oss resiliens som psykososial helse og forklarer dette ved hjelp av teori og eksempler fra forskningsprosjektet om hvordan og når ungdom som har opplevd vold i nære relasjoner, opplever et hjelpetiltak som nyttig (Kolb et al., 2022).

Mestring og resiliens – to ulike begreper

Mestring som fagbegrep er kjent fra psykologi og handler der om hvordan man håndterer noe (Bru, 2019). Denne forståelsen av mestring bygger på Lazarus og Folkman (1984) sin teori kalt *Stress, Appraisal and Coping*. På norsk kan man sammenfatte begrepet stress slik det brukes her i ordene «det som oppleves belastende» og dette kan inkludere alle typer belastende hendelser og opplevelsen av disse. For eksempel problemer med venner eller foreldre, men også prestasjonspress i skolen. Dersom man ikke er i stand til å håndtere belastningene, kan psykisk uhelse oppstå. Det er imidlertid viktig å ha med seg at stress, og at noe oppleves som en belastning, ikke nødvendigvis må være negativt. Samtidig er det slik at positivt stress kan endre seg til å bli negativt dersom belastningen blir for stor (Nixon, 1982), eller om den vedvarer over for lang tid (Thoits, 2010). Negativt stress har en glidende overgang til psykiske helseplager der strevet med å håndtere stresset/belastningen blir så belastende at man ikke makter å fungere i hverdagen på en god nok måte.

Håndteringen av belastninger kan innebære både hva man tenker og hva man gjør i møte med det vanskelige (Svartdal, 2018; Madsen, 2020). Den engelske versjonen av ordet mestring i psykologi blir ofte sagt å være *coping* (Svartdal, 2018; Bru, 2019). I det norske språket bruker man som oftest ordet

mestring eller det «å mestre», der det handler om en positiv opplevelse av å få til noe eller opplevelsen av å klare noe. Man snakker gjerne om mestringsopplevelser som gode og styrkende opplevelser. Dette står i kontrast til den psykologfaglige betydningen av ordet hvor mestring handler om selve handlingsmåten eller tankemåten i møte med en utfordring, og ikke avhenger av om det blir en god opplevelse eller ikke. Sammenliknet med resiliens kan mestring sies å være noe allment angående dagligdagse påkjenninger og hvordan man håndterer utfordringene. Begrepet kan dermed anvendes for ungdom generelt, jf. konteksten med universell skole som presenteres i dette kapittelet. Resiliens aktualiseres først når det foreligger alvorlige belastninger, jf. konteksten med voldsutsatt ungdom (Fletcher & Sarkar, 2013). Slik sett gir det ikke nødvendigvis mening å snakke om resiliens for ungdom generelt på samme måte som med mestring.

Resiliensperspektivet er ikke nytt (se Garmenzy, 1983; Rutter, 1982; Werner & Smith, 1998), men det er et felt som har vokst, og perspektivene i feltet har endret seg (Wright et al., 2013a). I dette fagfeltet blir mange begreper brukt om hverandre: resiliens, motstandskraft, mestringsstrategier, mestringmuligheter og bedring (McFarlane & Yehuda, 1996). Man kan altså her se at begrepet mestring (mestringsstrategier, mestringmuligheter) dukker opp som en del av innholdet i resiliens, men at resiliens synes bredere. Ordet «resiliens» er et låneord fra engelsk, «resilience», og har etter hvert blitt et mye anvendt begrep innenfor psykisk helse (Borge, 2003, 2018; Olsen & Traavik, 2010). I resiliensforskning er man opptatt av hvorfor eller hvordan barna (og voksne) har klart livet godt til tross for betydelig motstand, slik at man kan få mer kunnskap om det som *har fungert*, enn å kun få kunnskap om negative konsekvenser av slik motstand. Målet er å bedre forstå hva som opprettholder helse, og dermed *hvordan* det opprettholdes.

En vesentlig forskjell mellom resiliens og mestring er at begrepet resiliens kun er brukt i positiv forstand og sees på som en positiv dynamisk utviklingsprosess (Fletcher & Sarkar, 2013; Lazarus & Folkman, 1984) som beskriver individets bruk av effektive mestringsstrategier (Major, Richards, Cozzarelli, Cooper & Zubek, 1998), mens mestring også kan brukes når noen tar i bruk en negativ mestringsstrategi. Dermed blir for eksempel rus en mindre effektiv måte å mestre stressorer i hverdagen på der individet ikke vil betegnes som resilient. I det norske språket ligger det imidlertid noe positivt ladet i begrepet mestring, fordi dette som nevnt også kan brukes om å klare noe eller å ha en

god opplevelse. Det kan derfor tenkes at begrepene resiliens og mestring er noe likere hverandre på norsk enn på engelsk.

Nyere forskning om mestring og resiliens, som også kommer tydelig fram i begge prosjektene, framhever en transaksjonell-økologisk modell for å forklare resiliens (Ungar, 2011) og mestring. Dette er en teori som viser hvordan den sosiale økologien rundt individet er helt avgjørende for å begrense eller åpne opp for mestringsstrategier (Ungar, 2013) og resiliens (Ungar, 2012a), og hvordan individet både blir påvirket av og påvirker det miljøet det lever i. Slik sett minner begrepet om perspektiver fra fagfeltet recovery og da særlig sosiale, materielle og kulturelle forutsetninger i recovery (jf. Kap. 12, Topor, i denne antologien).

Teorien fører til en forståelse som desentraliserer individet og i stedet fokuserer på samhandling mellom individet og dets kultur og kontekst (Ungar, 2006, 2011), noe som kommer tydelig fram i begge prosjektene. En økt forståelse om viktigheten av det sosiale og samfunnsmessige, og dermed mulighetsstrukturene rundt ungdom (Ungar, 2012b), ansees som både ansvarliggjørende og muliggjørende. Videre er det ikke kun mulighetsstrukturene i seg selv, men *samspillet* mellom personens indre (psyko) og mulighetsstrukturene rundt personen (sosial) som gjør at man må snakke om en psykososial form for mestring og resiliens.

Det er også nødvendig å trekke fram at det har kommet mye forskning som viser til kulturelle forskjeller i mestring og resiliens og hvordan disse fenomenene er sosialt konstruerte (Kuo, 2012; Ungar, 2005b), som vil si at samfunnets forventninger, verdier og målsettinger spiller en rolle. Tidligere antok man at prosessene i mestring og resiliens var universelle, med andre ord at det som ble forsket på i vestlige land, ble antatt å gjelde for alle andre land (Ungar, 2005b). Lund (2022) og Kolb (Kolb et al., 2022) sine prosjekter forsker på ungdommer i en norsk kontekst i en velferdsstat, og studiene ansees til å være høyst aktuelle for å forstå hvordan disse fenomenene spiller seg ut i en norsk kontekst.

Mestring som psykososial helse

Ordlyden «det som oppleves belastende», som allerede er nevnt knyttet til stress og mestring, inkluderer både at det *er* noe form for belastning, og at denne *oppleves* belastende. Når og hvordan en belastning blir for stor, avhenger ikke bare av personen, men av personen i samspill med miljøet. Lazarus og Folkman (1984) sin tradisjonelle stressteori omhandler både hvordan vi fortolker belastningen, fortolker egen mestringsevne og ressurser i omgivelsene, og deretter stressrespons og/eller mestringsstrategi. Denne prosessen er ikke nødvendigvis noe som skjer stegvis, men noe som er blandet sammen.

I dette kapitlet er det et poeng for oss å få fram at mestring i høy grad også har et sosialt aspekt ved seg og ikke trenger å kun handle om ett og ett menneske hver for seg med mestring som et individuelt og psykologisk fenomen. Vi har derfor i innledningen introdusert begrepet psykososial mestring. Videre illustrerer vi det sosiale ved mestringen i to ulike vinklinger:

- Hvordan man håndterer noe, kan avhenge av ressurser i de sosiale omgivelsene (mulighetsstrukturer).
- Hensikten med den mestringen man gjør, kan være myntet på andre mennesker eller det sosiale fellesskapet man inngår i (intensjoner).

Det første punktet handler om personens omgivelser og *hvordan omgivelsene gir muligheter* og støtte til å håndtere noe. Det andre punktet handler om at *intensjonen* i personens handlinger kan handle om å ta hånd om andre mennesker og sine omgivelser. Forskningsprosjektet som eksemplene er hentet fra, baserer seg på intervju med jenter i 10. klasse. Lund har intervjuet dem om deres hverdag, og fra dette framgår både informasjon om sosiale utfordringer og hva jentene gjør i møte med disse. Begrepet mestring er ikke brukt i intervjuene (Lund, 2022, Lund et al., 2022).

Mestring og ressurser i omgivelsene

I forskning på ungdom og mestring opererer man ofte med inndelinger av ulike mestringsstrategier for hvordan en person håndterer ulike utfordringer. Disse strategiene omhandler vekslingen mellom det individuelle ved å bruke

seg selv, for eksempel jobbe med tanker eller ta ut frustrasjon, og det sosiale ved at strategiene kan handle om å hente støtte eller hjelp fra andre (Seiffge Krenke, 2011). I disse forståelsene av mestring handler det først og fremst om enkeltpersonens håndteringer, likevel ser man at deres håndteringer foregår i samspill med noe i omgivelsene. Hvis man skal søke råd, støtte eller trøst hos andre, må det være noen der i omgivelsene som man kan få dette fra. I Lund sin studie snakket jentene om at de henvendte seg til venner gjennom samtale og gjennom støttende samvær. Jentene nevnte også voksne familiemedlemmer og voksne i skolehverdagen som de henvendte seg til. Jentene hadde ulike erfaringer med om de hadde noen å henvende seg til (Lund et al., 2022). Et annet eksempel er dersom man håndterer noe vanskelig ved å forsøke å få tankene over på noe annet og holde på med en aktivitet. I Lund sin studie snakket jentene blant annet om å drive med sport eller annen aktivitet. Ei jente sa: «Og så er det friminutt, og da pleier jeg å enten å gå i auditoriet for å danse, for da kan jeg være for meg selv, og det er også en metode for meg å få ut frustrasjon» (Lund et al. 2022, s. 92). En slik måte å håndtere utfordringer på avhenger av at det finnes en eller annen mulighet i omgivelsene for å gjøre denne aktiviteten. I denne jentas tilfelle ble dette mulig gjort fordi hun fikk gå i auditoriet i friminuttene. Dersom denne *mulighetsstrukturen* i form av åpent auditorium ikke hadde vært tilgjengelig, ville hun så ha hatt en mestringmulighet mindre.

Mestring handler om evne til håndtering i samspill med tilgjengelige ressurser og hvordan man benytter seg av disse (Lazarus & Folkman, 1984; Ungar, 2012b). Ressurser i omgivelsene kan for eksempel være en person som man kan snakke med, eller tilgang på fritidsaktiviteter hvor man kan koble av. Fortolkning av egen mestringsevne og ressurser i omgivelsene (Lazarus & Folkman, 1984) henspiller nødvendigvis på hvilke muligheter og ressurser som faktisk finnes i omgivelsene, både som personen er klar over, og som den kanskje ikke er klar over. Det er dette Ungar (2012b) kaller mulighetsstrukturer og som også må oppleves som meningsfulle eller tilgjengelige dersom de skal være reelle ressurser. En samtaleressurs må for eksempel oppleves som en god og meningsfull person å henvende seg til og være tilgjengelig på en måte som passer for ungdommen som trenger støtte.

Mestring med sosiale intensjoner

Dersom man tenker på mestring som noe man gjør, i ytre handling eller mental handling i form av tanker, kan man også tenke seg at denne gjøren har en intensjon. Det er en mening med det folk gjør. Denne meningen oppstår gjerne i en bestemt kontekst og sammenheng, slik at måten man gjør noe på, da eksempelvis måten man mestrer på, vil kunne endre seg og gi ulik mening ut ifra ulike situasjoner og ulike omgivelser, slik vi allerede har presentert at mestring må forstås som sosialt konstruert (Ungar, 2005b).

I forskningslitteraturen fra helsefeltet hvor ulike mestringsstrategier blir presentert, undersøkes ofte hvordan de ulike strategiene innvirker på personen selv. Dette blir gjerne målt i hvordan ulike mestringsstrategier eksempelvis har innvirkning på individets psykiske helse (Holahan et al., 2005). Slik sett blir individets psykiske helse satt som hensikten med mestringen. Disse mestringsstrategiene og denne måten å omtale og måle mestring på – inkludert Lazarus og Folkman (1984) sin teori om belastninger, fortolkninger og mestring – omhandler ikke det sosiale aspektet av mestring der *intensjonen* med mestringen kan være sosial. For å utforske hvordan intensjonen med mestring kan handle om noe annet enn individet selv, trenger vi andre teorier enn de tradisjonelle mestringsteoriene.

I forskningsprosjektet om jenters mestring av sosiale utfordringer (Lund et al., 2022) benyttet forskerne begrepet *arbeid* fra institusjonell etnografi (Smith, 2005) for å åpne opp mestringsbegrepet. I institusjonell etnografi utforsker man hvordan ting skjer slik de skjer. Man er opptatt av folks hverdag og hvilket arbeid de gjør. Med arbeid menes her folks intenderte handlinger, hva de gjør, hva de mener å gjøre, hva de bruker tiden sin på, og hva de er opptatt av (Lund et al. 2022; Magnussen, 2015; Smith, 2005). Her omfattes også mentale handlinger. Med begrepet arbeid her kan man snakke om et *mestringsarbeid*, som da vil kunne bety hvordan man håndterer utfordringer ikke bare med tanke på hva man gjør, men hva som er intensjonen med det man gjør. I Lund sitt forskningsprosjekt ble det tydelig at jentene gjorde deler av sitt mestringsarbeid med intensjon om å ivareta andre mennesker rundt dem eller å ivareta den sosiale settingen som jentene selv var en del av (Lund, 2022). Måten som de håndterte sosiale utfordringer på, var altså ikke alltid primært med tanke om hva som var best for dem selv, men hva som var bra for andre medelever, eller hva som kunne føre til at det sosiale samspillet på skolen fungerte. I forskningsprosjektet omtales

dette som et «arbeid for det sosiale». Det kunne for eksempel handle om at ei jente unngikk å konfrontere ei venninne med noe for å opprettholde relasjonen mellom denne venninna og resten av vennegjengen. Et annet eksempel er ei jente som beskriver hvordan hun unngår et vanskelig tema om karakterer for å ikke såre andre (Lund et al, 2022).

Når vi forstår mestring som noe sosialt, der det både handler om ressurser i omgivelsene og om hva mestringen er myntet på, beveger vi oss til dels vekk fra de tradisjonelle teoriene og mye av forskningslitteraturen om mestring i et individuelt helseperspektiv (Holahan, 2005; Lazarus & Folkman, 1984; Penley et al., 2002). Dersom vi anser våre forståelser av mestring som sosialt konstruerte og at de kan endre seg ved ulike kontekster og til ulike tider, kan vi åpne opp for denne bevegelsen mot det sosiale. I en slik bevegelse blir normer for mestring en sentral tematikk, fordi hva som anerkjennes som legitim mestring, er knyttet til kulturelle verdier (Ungar et al., 2007; Ungar, 2012b). Eksemplene fra forskningsprosjektet om jenters mestring av sosiale utfordringer (Lund, 2022) viser at det nå er nødvendig å forstå mestring også som noe sosialt for å forstå nyansene og meningen i ungdommers mestring. Dette viser betydningen av å omtale mestring som et psykososialt fenomen.

Resiliens som psykososial helse

Lenge har forskere stilt spørsmålet «Hva utgjør en forskjell, slik at noen barn som er truet av alvorlig motgang, klarer seg bra, mens andre ikke gjøre det?» (Masten & Powell, 2003). Dette er også i tråd med Antonovsky (2012), som har utviklet det salutogenetiske perspektivet på helse, som innebærer en vending fra den tradisjonelle vektleggingen i medisin på hva som skaper sykdom, til å vektlegge hva som skaper god helse. (Se Richardson (2002) sin gjennomgang av «resilience and resiliency», som forklarer samme paradigmeskifte med tanke på resiliens.)

Som nevnt tidligere i kapittelet defineres resiliens som en positiv dynamisk utviklingsprosess (Fletcher & Sarkar, 2013), etter opplevelse av betydelig motstand der individet viser kompetanse på én eller flere arenaer i livet (Daigneault et al., 2009; Hjemdal et al., 2006; Wright et al., 2013b). Forskning

viser at av barn som vokser opp med betydelig motstand, er det langt færre av disse enn man først trodde, som sliter med psykisk uhelse (Masten & Wright, 2010).

I tråd med mange andre medisinske forklaringer om psykisk helse kan og har resiliens blitt oppfattet som noe som et individ enten har eller ikke har, noe som kan gjøre individet «urørlig» (invulnerable) (Ungar, 2005c). Selv om det har blitt mer og mer anerkjent at både helse og resiliens ikke bare er et individuelt fenomen, så dominerer denne forståelsen fortsatt både forskning og annet litteratur der kontekst og den sosioøkologiske forståelsen av resiliens er oversett

I Kolb et al. (2022) sin case-studie med ungdommer (mellom 12 og 18 år) som har vært utsatt for vold i nære relasjoner, ble det satt søkelys på hva ungdommene selv mente var relevante for dem i situasjoner der de oppsøkte hjelp. Her ble prosesser i miljøet, både fysiske og relasjonelle, trukket fram som relevante for ungdommenes resiliens. Ungdommene var på et kurs- og mestringssenter for barn og ungdom som har vært utsatt for vold i nære relasjoner. Ved å oppholde seg på dette senteret kunne forskeren få mulighet til å utforske aspekter som er relevant for dynamikken i resiliens. Denne studien viste at det som har blitt betegnet som «utvilsomme anerkjennende relasjoner» og et «utvilsomme anerkjennende miljø» så ut til å være de mekanismene som gjorde at de potensielle resilienspleiende prosessene som ble synlige i dette prosjektet, oppstod på senteret. Med andre ord så var disse mekanismene, og spesielt den «utvilsomheten» av dem, det som virket som om var nødvendig for at deltakerne i case-studien kunne oppfatte prosessene på senteret på en resiliens-styrkende måte. Det virket som om denne utvilsomme anerkjennelsen var med på å «rekalibrere», eller å stille inn på nytt, ungdommens livsverden, slik at de allerede eksisterende mulighetsstrukturene i samfunnet på større måte opplevdes som nyttige og meningsfulle.

For å forklare funnene i studien lånes metaforen «sosiometer» av Leary og Baumeister (2000), der sosiometeret er en slags skala som måler individets relasjonelle verdi i møte med andre. Leary et al. (1995) forklarer selvfølelse som hvileposisjonen på denne skalaen som stadig måler nivået av anerkjennelse eller avvising i møte med andre. Studiene til både Pollak et al. (2000) og Bick et al. (2017) viser at individer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner, lider av en slags «miskalibrering» vis a vis deres sosiale omgivelser.

Med andre ord, hvileposisjonen på sosiometeret ligger mot den lavere siden av anerkjennelse–avvisnings-kontinuumet (Leary et al., 1995). Det vil si at selv om andre, utenforstående, *objektivt oppfatter* omgivelsen som anerkjennende, kan omgivelsene bli tolket på en annen måte av en person som har vært utsatt for vold i nære relasjoner. Dermed kan det være at de opplever situasjonen *subjektivt* som avvisende. Bick et al. (2017) viser også til hvordan barn som har vært utsatt for vold i nære relasjoner, er mindre gode til å kjenne igjen ansiktsuttrykk og dermed følelsene til den andre. Disse barna trenger mer sosial informasjon fra sine omgivelser for å identifisere «lykkelige» ansiktsuttrykk og dermed gode følelser. Med andre ord har de nedsatt evne til å kjenne igjen andres følelser, som inkluderer å etablere, vedlikeholde, eller reetablere deres oppfatning av andre og handle med åpenhet på bakgrunn av disse inntrykkene.

Hjemdal et al. (2006) foreslår tre hovedkategorier for en bredere forståelse av resiliens: 1. positive personlighetsdisposisjoner, 2. støttende familiemiljø og 3. støttende samfunnsforhold. Ungar (2011) viser videre til at jo høyere nivå av motstand, jo mer fordelaktig blir pro-sosiale former av mestringsstrategier, som f.eks. en oppbyggende, varm relasjon med en voksen. Det vil si at i en situasjon med stor livsbelastning er det heller *omgivelsens kvalitet* (kategori 2 og 3) enn personlige egenskaper (kategori 1) som hjelper barnet til å lykkes (Ungar, 2013). Dette, sammen med Bick et al. (2017), viser hvordan mulighetsstrukturene, i form av for eksempel voksne, trenger å være enda mer bevisste på sin viktighet og enda mer bevisste på hvordan små nyanser i en situasjon kan oppfattes for et barn eller ungdom som har vært utsatt for vold i nære relasjoner, enn et barn eller ungdom som ikke har vært utsatt for dette. Dette er noe som Kolb et al. (2022) sitt prosjekt synes å vise.

Dette henger godt sammen med Ungar (2011), når han definerer resiliens som individets evne til å håndtere livets utfordringer på grunn av kapasiteten av formelle og uformelle sosiale nettverk som barnet befinner seg i, for å fremme positiv utvikling under stress. Kolb et al. (2022) sitt prosjekt tar dette et steg videre og foreslår at ungdommens evne til å håndtere livets utfordringer avhenger av ungdommens subjektive oppfatning av kvaliteten i dens formelle og uformelle sosiale nettverk. Slik sett kan man omtale resiliens som en del av *psykososial* helse, fordi det handler om nettopp en sammenheng mellom det indre og det ytre.

Avsluttende refleksjoner

Fagfeltene for mestring og resiliens har vært dominert av en individuell forståelse der mye handler om individets evner til å håndtere eller å utøve motstandskraft. Innen fagfeltet resiliens har nyere teorier (se for eksempel Ungar, 2012b, 2013) stadig mer vektlagt omgivelsenes betydning i resiliens. Ungar (2012b) hevder tydelig at omgivelsene har ansvar for å gjøre meningsfulle ressurser tilgjengelige for barn og unge. Det er altså familien, lokalsamfunnet og staten sitt ansvar å sørge for at barn og unge har mulighetsstrukturer rundt seg som de kan ta i bruk. Dermed kan man tenke på mestring og resiliens som elementer tilhørende det sosiale i folks psykososiale helse, slik vi har vist i dette kapittelet. I eksemplene fra forskningsprosjektene som vi har trukket fram i dette kapittelet, avhenger mestring og resiliens av ressurser i de sosiale omgivelsene. I mestringen med sosiale intensjoner (Lund et al., 2022) spiller mulighetsstrukturer og ressurser i omgivelsene en rolle, fordi mestring med en sosial intensjon fordrer åpne normer for mestring der sosiale intensjoner med mestringen er legitime og anerkjente. Man kan si at normer for mestring også inngår i mulighetsstrukturene. I et slikt perspektiv vil også kjønn kunne spille en rolle, og normative mestringsforventninger til ulike kjønn er en aktuell tematikk for framtidig forskning. Videre kommer det fram gjennom Kolb sitt prosjekt (Kolb et al., 2022) at mulighetsstrukturene i seg selv ikke er nok, men at utvilsom anerkjennelse i både omgivelsene og relasjonene rundt ungdommen gjør at ungdommen kan nyttiggjøre seg av mulighetsstrukturene (Kolb et al., 2022). Mestring og resiliens kan altså begge deler sies å være prosesser som skjer i samspill mellom personen og dens ytre omgivelser. Ungar (2012b) hevder at kvaliteten av omgivelsene, dvs. både den fysiske og sosiale økologien som omgir barn og ungdom, er like viktig som personlighet, kognitive ferdigheter eller evner. Det er derfor relevant at framtidig forskning om mestring og resiliens nettopp utforsker individets navigering i sine faktiske omgivelser, snarere enn individets iboende egenskaper. Dette kapittelet gir argumenter for psykososiale forståelser av mestring og resiliens og at man i et forebyggende perspektiv, i bedring av ungdommers psykososiale helse, må arbeide for gode strukturer samt et bevisst forhold til kvaliteten på og innholdet i disse mulighetsstrukturene. Mulighetsstrukturene kan da bety både fysisk miljø, relasjoner og normer eller forventninger som ungdommene står overfor.

Referanser

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium – den salutogene modellen*. Gyldendal Akademisk.
- Bick, D., Howard, L. M., Oram, S. & Zimmerman, C. (2017). Maternity care for trafficked women: Survivor experiences and clinicians' perspectives in the United Kingdom's National Health Service. *PLOS ONE*, 12(11), e0187856. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187856>
- Borge, A. I. H. (2003). *Resiliens – Risiko og sunn utvikling*. Gyldendal Akademisk.
- Borge, A. I. H. (2018). *Resiliens – Risiko og sunn utvikling* (3. utg.). Gyldendal.
- Bru, E. (2019). Stress og mestring i skolen – en forståelsesmodell. I E. Bru & P. Roland (Red.), *Stress og mestring i skolen* (s. 19–46). Fagbokforlaget.
- Daigneault, I., Hébert, M. & McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 638–647. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.04.003>
- Fletcher, D. & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Garmezy, N. (1983). Stressors of childhood. I N. Garmezy & M. Rutter (Red.), *Stress, coping and development in children* (s. 43–84). McGraw-Hill.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Martinussen, M. & Rosenvinge, J. H. (2006). A new scale for adolescent resilience: Grasping the central protective resources behind healthy development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39, 84–96.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L. & Schutte, K. K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 658–666. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.658>
- Kolb, H., Dovran, A., Fernee, C. R. & Bøe, T. D. (2022). The magic in the (extra)ordinary: Intensive validation to recalibrate the life-worlds of adolescents exposed to abuse. *Child & Family Social Work*, 12. <https://doi.org/10.1111/cfs.12941>
- Kuo, B. (2012). Collectivism and coping: Current theories, evidence, and measurements of collective coping. *International Journal of Psychology*, 48. <https://doi.org/10.1080/00207594.2011.640681>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Leary, M. & Baumeister, R. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. I *Advances in Experimental Social Psychology*, 32. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(00\)80003-9](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(00)80003-9)
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K. & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 518–530. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.3.518>
- Lund, J. (2022). *Hverdag og verden er unge jenters psyke: En kontekstualisert forståelse av psykososiale helseplager blant unge jenter* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Agder.

- Lund, J., Madsen, O. J., Haugland, S. H. & Andersen, A. J. W. (2022). Unngåelse som mestingsarbeid: En kvalitativ studie av jenters håndtering av sosiale utfordringer i skolen. *Nordisk tidsskrift for utdanning og praksis*, 16(2). <https://doi.org/10.23865/up.v16.3845>
- Madsen, O. J. (2020). *Livsmestring på timeplanen: Rett medisin for elevene?* Spartacus.
- Magnussen, M.-L. (2015). Familieforsørgelse: Å utforske menns forsørgearbeid. I K. Widerberg (Red.), *I hjertet av velferdsstaten: En invitasjon til institusjonell etnografi* (s. 52–78). Cappelen Damm Akademisk.
- Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C. & Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 735–752. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.3.735>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Masten, A. S. & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. I *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (s. 1–25). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788.003>
- Masten, A. S. & Wright, M. O. (2010). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. I J. W. Reich, A. J. Zautra & J. S. Hall (Red.), *Handbook of adult resilience* (s. 213–237). Guilford Press.
- McFarlane, A. C. & Yehuda, R. A. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. I B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Red.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (s. 155–181). The Guilford Press.
- Nixon, P. G. (1982). The human function curve – a paradigm for our times. *Acta Nerv Super (Praha)*, Suppl 3(Pt 1), 130–133.
- Olsen, M. I. & Traavik, K. M. (2010). *Resiliens i skolen: Om hvordan skolen kan bidra til livsmestring for sårbare barn og unge – teori og tiltak*. Fagbokforlaget.
- Ommundsen, Y. (2000). Kan idrett og fysisk aktivitet fremme psykososial helse blant barn og ungdom? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2000/11/tema/kan-idrett-og-fysisk-aktivitet-fremme-psykososial-helse-blant-barn-og-ungdom>
- Penley, J. A., Tomaka, J. & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551–603. <https://doi.org/10.1023/A:1020641400589>
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K. & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology*, 36(5), 679–688. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.5.679>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Rutter, M. (1982). *Fifteen thousand hours: Secondary schools and their effects on children*. Harvard University Press.
- Seiffge-Krenke, I. (2011). Coping with relationship stressors: A decade review. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 196–210. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00723.x>

- Smith, D. (2005). *Institutional ethnography: A sociology for people*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Svartdal, F. (2018). *Mestring*. <https://snl.no/mestring>
- Thoits, P. A. (2010). Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), s. 41–53. <https://doi.org/10.1177/0022146510383499>
- Ungar, M. (2005a). *A Thicker Description of Resilience*. *International Journal of Narrative Therapy & Community work*, 3/4, 89–96.
- Ungar, M. (Red.). (2005b). Introduction: Resilience across cultures and contexts. I *Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts* (s. xv–xxxix). SAGE Publications. <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/handbook-for-working-with-children-and-youth/book226565>
- Ungar, M. (2005c). Pathways to resilience among children in child welfare, corrections, mental health and educational settings: Navigation and negotiation. *Child and Youth Care Forum*, 34, 423–444. <https://doi.org/10.1007/s10566-005-7755-7>
- Ungar, M. (2006). Nurturing Hidden Resilience in At-Risk Youth in Different Cultures. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry / Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 15(2), 53–58.
- Ungar, M. (2011). Community resilience for youth and families: Facilitative physical and social capital in contexts of adversity. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1742–1748. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.04.027>
- Ungar, M. (2012a). Introduction to the volume. I M. Ungar (Red.), *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice* (s. 1–9). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0586-3_1
- Ungar, M. (2012b). Social ecologies and their contribution to resilience. I M. Ungar (Red.), *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice* (s. 13–32). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0586-3_1
- Ungar, M. (2013). Resilience after maltreatment: The importance of social services as facilitators of positive adaptation. *Child Abuse & Neglect*, 37(2), 110–115. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.08.004>
- Ungar, M., Brown, M., Liebenberg, L., Othman, R., Kwong, W. M., Armstrong, M. & Gilgun, J. (2007). Unique pathways to resilience across cultures. *Adolescence*, 42(166), 287–310.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1998). *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth* (3. utg.). Adams Bannister Cox Pubs.
- Wright, M. O., Masten, A. S. & Narayan, A. J. (2013a). Resilience Processes in Development: Four Waves of Research on Positive Adaptation in the Context of Adversity. I S. Goldstein & R. B. Brooks (Red.), *Handbook of Resilience in Children* (s. 15–37). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_2
- Wright, M. O., Masten, A. S. & Narayan, A. J. (2013b). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. I *Handbook of resilience in children* (s. 15–37). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_2

Lidbom, P. A. & Hillesund, O. K. (2025). Familieterapeutiske perspektiver: Et bidrag til psykososialt helsearbeid?. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 275–287). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550216>

Kapittel 16

Familieterapeutiske perspektiver

Et bidrag til psykososialt helsearbeid?

Per Arne Lidbom og Odd Kenneth Hillesund

Innen psykiatri og psykoterapi er det en lang tradisjon for å sette individ og individets symptomer i sentrum. Dette gjenspeiler seg i en økende tendens til kartlegging, diagnostisering, individuelle behandlingsplaner og bruken av medisiner. Noe av grunnlaget for denne praksisen er knyttet til at man forstår psykisk lidelse som en psykisk sykdom.

Det som har gått tapt i denne utviklingen, er menneskets grunnleggende behov for sosial tilhørighet og samvær (Lieberman, 2013). Denne mangelen og den ensidige fokuseringen på symptomer, sykdom og medisinerer førte til at man i 1998 etablerte videreutdanning i psykisk helsearbeid, en utdanning som erstattet tidligere videreutdanninger i psykiatri for dem som hadde bachelor i for eksempel sosialt arbeid, sykepleie eller fysioterapi (Borge, et al., 2018). Fagfeltet psykisk helsearbeid minner oss på at det er en klar sammenheng mellom sosial tilhørighet og vår helse (Kirkengen & Brandtzæg Ness, 2015). Vi fødes inn i, lever våre liv og dør innvevd i ulike relasjoner og sosiale sammenhenger. Denne forståelsen av mennesket som aktivt deltagende i relasjoner og sosiale sammenhenger er en forståelse som fagfeltene familierapi og psykososialt helsearbeid deler. Når mennesker får det vanskelig, betraktes deres utfordringer og muligheter ut ifra disse perspektivene. I dette kapitlet vil vi forsøke å løfte fram sider ved familierapien, og dens historie, som kan være til nytte i videreutviklingen av fagfeltet psykososialt helsearbeid. Vi vil forsøke å løfte fram sider ved familierapien, og dens historie, som kan være til nytte i videreutviklingen av fagfeltet psykososialt helsearbeid.

Familierapiens opprinnelse

Allerede tidlig på 1900 tallet var sosialt arbeid nært knyttet til det å hjelpe fattige familier med de problemene de opplevde i sin hverdag (Guman & Kniksern, 1981). I en tid hvor det var det få offentlige hjelpetiltak for fattige familier både i Europa og USA, utviklet frivillige organisasjoner og ulike stiftelser tiltak rettet mot de aktuelle familiene. Dette var tiltak som hadde som mål å skape sosial trygghet, bedre den psykiske helsen og minske kriminaliteten (Beel, 2002). Dette var også en tid hvor psykoanalysen var i framvekst, med

sin forståelse av psykiske symptomer som et uttrykk for psykiske konflikter knyttet til indre representasjoner av tidligere konflikter i familien. På den måten ble familien en viktig faktor i forståelsen av hvordan psykisk uhelse kunne oppstå, men samtidig «tilsidesatt» i selve behandlingen. Nå i ettertid kan vi se den betydningen begge disse måtene å forholde seg til familier på er med på å løfte fram familien som en viktig kilde til utviklingen av psykisk uhelse. På hver sin måte er de begge opptatt av samspill, kommunikasjon og relasjoner, noe som blir framtrædende i etableringen av familieterapi som en egen terapeutisk retning.

Fra sosialt arbeid til familieterapi

I dette avsnittet vil vi presentere noen av de viktigste utviklingslinjene innen familieterapien og hvordan disse har bidratt til forståelsen av, og hvordan man kan jobbe med, psykisk uhelse. I begynnelsen av 1950-tallet var familieterapi i sin spede begynnelse og vokste fram som en reaksjon på datidens dominerende individuelle perspektiv i forståelsen av psykisk uhelse. Med sitt søkelys på samspill, kommunikasjon og relasjoner ble familieterapi betraktet å representere et paradigmeskifte innenfor det terapeutiske miljøet (Tjersland & Eriksen, 1999). Et paradigmeskifte som førte til at man i langt mindre grad fokuserte på enkeltmenneskets indre liv, men løftet fram relasjon, samspill og kommunikasjon som vesentlige faktorer i forståelsen av, og behandlingen av, psykisk helse. På 70-tallet ble familieterapi en akseptert arbeidsform både innenfor familievern, barne og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og rusomsorgen her i Norge. Familieterapien har etter dette gjennomgått ulike utviklingsfaser. Fra kommunikasjon til systemforståelse, videre til språkets betydning for hvordan vi forstår oss selv og den verden vi er en del av. Sentrale familieterapeutiske metoder i dag er emosjonsfokusert familieterapi, narrativ terapi, dialogiske nettverksmøter samt ulike programmer basert på tilknytting og traume.

Fra dyader til systemer

I begynnelsen konsentrerte familieterapien seg om ulike typer dyader (mor – barn, ektemann – kone o.l.) og kommunikasjonen mellom de som utgjorde denne dyaden. Dette to-persons-perspektivet utviklet seg etter hvert til det som ble en systemisk forståelse av menneskelige relasjoner. En systemisk enhet kunne være familien og/eller parforholdet. Hovedtanken med dette perspektivet var at det var systemet som styrte og kontrollerte menneskene og ikke omvendt. Dersom de personene som utgjorde systemet skulle endre seg, var det ikke tilstrekkelig at personene i systemet endret atferd. Systemet ville «motsette seg» denne endringen, og problematferden kom gradvis tilbake. For at man skulle oppnå en vedvarende forandring måtte systemet endres. I denne perioden utviklet det seg tre ulike familieterapeutiske retninger. Strategisk familieterapi ble utviklet i Palo Alto USA og var knyttet til Watzlawick, Weakland og Fisch. De rettet interessen mot hvordan familiens egne løsninger på det som opplevdes problematisk, bidro til å opprettholde problemet. Denne forståelsen førte til at de utviklet ulike redefinerende metoder og paradoksale intervensjoner (Watzlawick et al., 1974).

I samme periode utviklet barnepsykiateren Salvador Minuchin den familieterapeutiske retningen strukturell familieterapi. Som navnet tilsier, var man innenfor denne retningen opptatt av å beskrive ulike familiestrukturer ved hjelp av begreper som hierarki, grenser, subgrupper og allianser (Minuchin, 1974). På den måten kunne de avgjøre om den aktuelle familien passet inn under det de beskrev som «emmeshed families» (familien har tydelige grenser utad, men er på mange måter grenseløs familiemedlemmene imellom) eller «disengaged families» (familien har ikke så tydelige grenser utad, og familiemedlemmene er i liten grad tilknyttet hverandre). Et annet viktig bidrag fra denne måten å gjøre familieterapi på var at terapien skjedde i selve timene. Terapeuten kunne styre både interaksjonen og kommunikasjonen ved å iscenesette ulike sekvenser og handlinger i løpet av terapitimen. Dette i motsetning til andre metoder som ga familier og familiemedlemmer hjemmelekser de skulle gjøre mellom timene (Tjersland & Eriksen, 1999).

På samme tid var det fire psykoanalytikere i Milano som dannet en arbeidsgruppe med interesse for familieterapi. Dette var Selvini Palazzoli, Boscolo, Checcin og Prata, som på den tiden arbeidet med spiseforstyrrelser. Dette var terapeuter som i starten av prosessen med å utvikle sin egne familie-

terapeutisk praksis var preget av sin psykoanalytiske utdannelse. Dette førte til at de ofte framstod som objektive og nøytrale. Gruppen etablerte etter hvert et samarbeid med Paul Watzlawick fra den strategiske tradisjonen, noe som skulle påvirke deres videre utvikling. En annen viktig inspirasjonskilde ble Gregory Bateson og hans bok *Steps to an Ecology of Mind* (1972). Med disse inspirasjonskildene ble denne gruppen opptatt av sirkularitet, hypoteser og hypotesedannelse (Selvini-Palazzoli et al., 1980). Dette førte til at de i enhver familieterapeutisk time hadde et team bak speilet som skulle hjelpe terapeuten med å danne sirkulære hypoteser om sammenhenger knyttet til familiens problemer og ut fra det danne intervensjoner som hadde en paradoksal karakter. Et eksempel på dette var det de kalte positiv konnotasjon. Et eksempel på det kunne være et barn med enurese (ufrivillig vannlating) i en familie hvor mor og far hadde ekteskapsproblemer. Den positive konnoteringen (finne en ny forståelse av det problemet som ble presentert av familien), kunne da være at barnet fikk ros for sin omtanke for de andre i familien fordi enuresen førte til mindre kranling mellom foreldrene. I dag blir Milano skolens videreutviklet og videreført av bla. Bertrando (Bertrando, 2007; Boscolo & Bertrando, 1993), som bla. har inkludert dialog og dialogisme i tillegg til andre forandringer knyttet til denne retningens teoretiske grunnlag.

Felles for disse ulike retningene var at de var systemiske og normative, dvs. at de hadde en ide om hva en «godt fungerende familie» var, og med det hva familier som strevde, trengte for å fungere bedre. I tillegg ble terapeuten betraktet å være utenfor det systemet vedkommende skulle hjelpe. Påvirket av bl.a. andre ordens kybernetikk ble dette endret slik at man betraktet den hjelpesøkende familien og terapeutene som et eget system i de terapeutiske møtene. Med andre ord så ble terapeuten en del av systemet.

Språket tar over for systemet

På 80-tallet oppstod det flere epistemologiske debatter (hva kan vi vite, og hvordan kan vi vite det?) i det familieterapeutiske miljøet. Dette hadde sammenheng med at feltet lot seg inspirere av den chilenske biologen og filosofen Humberto Maturana, som bl.a. studerte frosker og gjennom sin forskning

kom fram til at frosker i stor grad forholdt seg til sine egne konstruksjoner av virkeligheten, og i mindre grad til virkeligheten slik den er. Konstruktivismen ble etter hvert en vesentlig del av ulike familierapeutiske teorier. Med utgangspunkt i at vi forholder oss til våre konstruksjoner av virkeligheten og ikke selve virkeligheten, ble objektivitet, fakta og sannheter begreper man gikk bort fra, og på den måten inntok man også et distansert forhold til det naturvitenskapelige forskningsidealet (Tjersland & Eriksen, 1999).

Senere på 80-tallet blir familierapien påvirket av Kenneth Gergen og hans forståelse av sosialkonstruksjonisme. På flere måter kan man betrakte sosialkonstruksjonismen som en relasjonell og kontekstuell utgave av konstruktivismen. Sosialkonstruksjonismen har som utgangspunkt at kunnskap ikke er noe universelt, og noe som er gitt utenfra. Sannhet finnes ikke, og vi kan aldri være sikre på at noe hen mente, eller uttrykte, er slik verden er. Gergen (1994) mener at kunnskap og mening konstrueres i fellesskap, og at en «sannhet», et uttrykk eller en teori får mening og verdi i et sosialt system, som for eksempel en kultur eller familie. Gergen hevder videre at i samskapingen av konstruksjoner er språket viktig. Hvordan vi snakker om personer og fenomener, påvirker hvordan vi forstår dem.

Familierapifeltets påvirkning av konstruktivismen og sosialkonstruktivismen førte til at man i den terapeutiske praksis ble interessert i klientenes konstruksjoner av den verden de levde i, og at disse konstruksjonene kunne endre seg i møte med terapeutenes konstruksjoner. Påvirkningen av sosialkonstruksjonismens førte også til at språket ble viktig i det terapeutiske arbeidet. Man kan si at språket mistet sin uskyld, og ble en skapende kraft i dannelsen av konstruksjoner og ikke bare noe som representerer verden. Tjersland og Eriksen (1999) omtaler denne utviklingen på følgende måte:

Oppmerksomheten rettes på en helt annen måte enn tidligere mot de ord og uttrykkene terapeuter og klienter benytter seg av i sitt samspill. (s. 142)

Denne økende interessen for språket og språkets betydning påvirket i stor grad praksisfeltet. Familierapeuter som Harleen Anderson og Harry Goolishian (1988) og Tom Andersen (1987) ble sentrale bidragsytere i denne sammenhengen.

For å beskrive og utforme teorier om sin egen praksis måtte tidligere familierapeuter og forskere henvende seg til andre fagområder for å finne begreper som kunne romme, og gjenspeile, deres praksis. På den måten «lånte» man begreper fra ingeniørfaget, dette gjelder begreper som for eksempel system og kybernetikk. Anderson og Goolishian (1988) var kritiske til dette og mente at teoriene, og dermed forståelsen av mennesket og terapi, ble for mekaniske. For å gjøre dem mer menneskelig foreslo de at mennesker måtte forstås som lingvistiske enheter, hvor språk, kommunikasjon og samhandling ble det sentrale.

Anderson (1997) oppsummerer denne utviklingen på følgende måte:

Tabell 16.1

To ulike forståelser av terapeutisk praksis: en utvikling fra en ekspertorientert, hierarkisk tilnærming til en relasjonell, samarbeidende tilnærming

| Fra ... | Til ... |
|---|---|
| 1. Sosiale systemer, definert ved roller og struktur | 1. Et system som er kontekstorientert og et produkt av sosial kommunikasjon |
| 2. Et system bestående av individer, par eller en familie | 2. Et system bestående av individer som står i forhold til hverandre via språket |
| 3. Terapeutdrevet hierarkisk organisasjon og prosess | 3. En «filosofisk holdning», en samarbeidsorientert relasjon og prosess |
| 4. Terapeuten er ekspert, og de som søker hjelp er «vanlige» mennesker | 4. Et samarbeid mellom mennesker med forskjellige perspektiver |
| 5. Terapeuten er en person som har kunnskap, og som samler og kartlegger relevant informasjon | 5. Terapeut som en person som ikke vet og som er i en posisjon hvor vedkommende tar imot informasjon |
| 6. Terapeuten er en ekspert som vet hvordan andre skal leve sine liv | 6. Terapeuten er ekspert på å skape et rom som legger til rette for dialog |
| 7. Terapeuten har full oversikt og søker etter årsaker | 7. Et terapeutisk søkelys rettet mot å skape muligheter. Vedkommende har tillit til alle deltageres bidrag og kreativitet |
| 8. Terapeuten tviler ikke om sin egen kyndighet. Vedkommende vet eller tror at han/hun vet | 8. Terapeuten som en «ikke-vitende» person, som er i tvil og som betrakter ny viten som utviklende |
| 9. Terapeuten som en person som tar utgangspunkt i sin egen privilegerte kunnskap og personlige antagelser/tanker | 9. Terapeuten er åpen deltagende og reflektert over sin viten, antagelser, tanker, spørsmål og holdninger |

| Fra ... | Til ... |
|---|--|
| 10. Terapeuten som person intervenserer på bakgrunn av sin strategiske viten og tilhørende generelle ferdigheter og teknikker | 10. En felles utforskning som bygger på alle deltagerens erfaringer og kunnskap |
| 11. Terapeuten har til hensikt å skape forandring hos en annen person eller medlem av et system | 11. Forandring oppstår som en naturlig følge av en skapende dialog og en relasjon utviklet av et samarbeid |
| 12. En type terapi hvor menneskets «selv» antas å inneholde en kjerne (kjerneselvet) | 12. En terapi hvor mennesker antas å være mangfoldig og «selvet» antas å være konstruert gjennom språket |
| 13. Terapi som aktivitet blir undersøkt av en forsker som har et «utenfra»-blikk | 13. En terapi hvor terapeut og hjelpesøkende er forskere sammen. Søkelyset rettes mot det de skaper sammen |

Tabell hentet fra H. Andersons bok.

En annen familierapeut som lot seg inspirere av den utviklingen fagfeltet befant seg i, var Tom Andersen. Han var i utgangspunktet utdannet lege og psykiater, men vendte seg etter hvert til familierapifeltet. Hans mest kjente bidrag innenfor familierapien er innføringen av reflekterende team (Andersen, 1987). Han opplevde det ubehagelig at det reflekterende teamet og terapeuten trakk seg tilbake til et eget rom hvor de snakket om de tanker og ideer de fikk i møte med familien. Ut ifra dette ubehaget kom tanken om at familien kunne ha nytte av å høre noen av disse refleksjonene. Ved en anledning valgte derfor Tom Andersen og hans team å «snu speilet». Det vil si at de dempet belysningen i terapirommet, samtidig som de slo på mikrofoner og lys for dem som satt bak enveisspeilet. Deretter ga teamet uttrykk for sine refleksjoner med familien til stede. Om familiemedlemmene tok disse refleksjonene til seg eller ikke, var opp til det enkelte familiemedlemmet. Noe av hensikten med dette var at familien kunne se seg selv utenfra og på den måten få ny tanker og ideer knyttet til den situasjonen de befant seg i.

Fra familie til nettverk

Anderson og Goolishian (1986) mente at man måtte forlate den forståelsen at det var systemet som skapte problemer, og heller forstå det slik at det var problemer som skapte systemer. For praksisfeltet fikk dette den betydning at det ikke nødvendigvis var familien som skulle ta plass i terapirommet, men de personene som ble berørt av problemet. På den måten kan man si at Anderson og Goolishian åpnet opp for det vi i dag kaller nettverksmøter og åpen dialog, samtidig som de oppløste familien som den eneste terapeutiske enheten. Ved å bevege seg fra det systemskapte problemet og til det problemskapte systemet var det ikke lenger kjernefamilien som nødvendigvis var med på å skape og opprettholde problemet, det kunne like godt være lærere, venner, arbeidskollegaer eller andre betydningsfulle personer som skapte og opprettholdt det problemskapte systemet. Dette åpnet også opp for at familieterapeutiske forståelsesrammer og metoder fant sin plass utenfor terapirommet og til de ulike sosiale arenaer som vi mennesker befinner oss i. Nettverksmøter basert på en familieterapeutisk forståelse kunne derfor skje hjemme hos folk, på skole, arbeidsplass o.l. Denne utviklingen av familieterapien med styrket søkelys på kontekst, relasjoner, samhandling, kommunikasjon og endring ble på den måten også aktuell innenfor fagområdet psykisk helsearbeid. Denne utviklingen har ført til at familieterapi og familieterapeutiske teorier og metoder har funnet veien ut av terapirommet og til arenaer hvor menneskers virkelige liv utspiller seg.

Forskning og evidensbasert kunnskap

På slutten av nitti-tallet ble det fra flere hold rettet kritikk mot familieterapien fordi den i for liten grad kunne underbygge sin praksis med forskning (Flaskas, 2002). Det ble hevdet at familieterapien, slik den ble betraktet da, hovedsakelig var basert på ideologi og i langt mindre grad på forskning og evidensbasert kunnskap (Nortvedt & Grimmen, 2004). Denne kritikken førte til at familieterapeuter begynte å søke evidensbasert kunnskap fra fagområder de mente var relevant og viktig for å kunne hjelpe de familier som søkte hjelp.

På den måten integrerte man evidensbasert kunnskap fra utviklingspsykologi, tilknytningsteori og terapeutisk behandling av spesifikke diagnostiske tilstander, med familierapeutiske teorier.

Denne utviklingen gjorde at familierapifeltet delte seg i to ulike retninger. På den ene siden hadde man de som førte den «tradisjonelle» familierapien videre (gruppe 1). Deres filosofiske og teoretiske grunnlag er sosialkonstruksjonisme, generell systemteori, kommunikasjonsteori og dialogisme. Her forstår man familierapi som samskapende prosesser hvor språket har en sentral rolle, og hvor terapeuten en del av det terapeutiske systemet. Eksempler på denne typen terapier er åpen dialog (Seikkula & Arnkil, 2017), samarbeidende praksis (Anderson, 1997), narrativ terapi (White, 1995) og dialogisk familierapi (Rober, 2017). Forskning innenfor denne familierapeutiske gruppen er hovedsakelig kvalitativ forskning som er knyttet til personlige opplevelser og erfaringer fra terapi og livshendelser. Det er mindre kvantitativ forskning som skal avsløre, eller avdekke, universelle sannheter.

Den andre gruppen (gruppe 2) har med seg deler av det systemiske og relasjonelle perspektivet inn i sin forståelse og utførelse av familierapi. I tillegg integrerer de kunnskap om individet og spesifikke diagnostiske kategorier, noe som får en sentral plass i forståelsen og utøvelsen av denne typen familierapi. Dette har medvirket til at man innen denne retningen i langt større grad er normativ når det gjelder hva som er bra / ikke bra for familier, noe som igjen har ført til at denne typen familierapi ofte er manualbasert. Eksempler på denne typen familierapi er Multisystemisk Familierapi (Cunningham & Henggeler, 1999), Attachment based Family Therapy (Diamond et al., 2014) og Maudsely-modellen (Lock & Grange, 2013). Forskning innenfor denne retningen er opptatt av både kvalitativ og kvantitativ forskning, men da i hovedsak for å finne ut hvilke faktorer som er viktige i terapeutisk praksis.

Dette mangfoldet innenfor familierapifeltet har ført til at familierapi har blitt en «paraplybetegnelse» for en lang rekke terapeutiske praksiser. En tendens i denne utviklingen synes å være at det individuelle/subjektive feltet styrkes, mens familien som en terapeutisk enhet svekkes (Thorsteinsson, 2019). Generelt ser vi en utvikling som vender seg bort ifra familierapien slik den opprinnelig var, et alternativ til individualterapi basert på en medisinsk modell med individuelle diagnoser. Denne utviklingen førte til at helsedirektoratet (2008) gikk bort fra begrepet familierapi som den overordnede betegnelsen for de ulike familierapeutiske tilnærmingene og erstattet det med «familiebasert praksis».

Ut ifra ovennevnte kan man lett trekke den konklusjonen at gruppe 2 bedriver en mer evidensbasert praksis enn gruppe 1, men er det virkelig slik?

Dette er en stor og pågående debatt som vi ikke skal trekke ut i sin fulle bredde her, men vi vil løfte fram det vi tenker er vesentlig i denne debatten, og det er spørsmålet: «Hva er evidensbasert praksis?» I sin utredning i hva som ligger i evidensbasert praksis, skriver American Psychological Assosiation bl.a.:

Evidence based practice... as being the integration of the best research evidence with clinical expertise and patient preferences and values (Barlow, 2004, s. 871).

Ifølge denne beskrivelsen hviler evidensbasert praksis på tre grunnleggende fundament: den beste forskningsevidensen, klinisk ekspertise og pasientens preferanser. Bredden i denne beskrivelsen ble dessverre svekket da beste forskningsevidens ble formulert etter den biomedisinske modellen hvor det eksperimentelle designet ble tildelt en særstilling, og hvor randomisert, kontrollerte studier (RCT) er gullstandarden. Når man på den måten setter ulike forskningsmetoder opp mot hverandre ved å favorisere den ene, står man i fare for å forenkle det som i utgangspunktet er komplisert, og på den måten miste av syne kunnskap som har betydning for utøvelse av klinisk praksis. Forskjellen mellom de to tidligere nevnte gruppene handler derfor mere om hvordan man som terapeut forvalter den kunnskapen man besitter i utøvelsen av terapi, og i mindre grad om hvorvidt kunnskapen er evidensbasert eller ikke.

Hvor er vi og hvor går vi? Hvilke utfordringer står familieterapi og psykisk helsearbeid overfor?

I dagens mangfold av teorier og metoder som gjenspeiler seg både i familierapien og psykisk helsearbeid har begge disse fagområdene til felles at de vektlegger flerpersoneperspektivet, fokuserer på muligheter og mindre på årsaker og at forandring i stor grad handler om å tilrettelegge for at forandring kan skje gjennom en gjensidig dialog med den det gjelder og vedkommendes nettverk. Innen begge disse fagområdene vil dette være vesentlig når man skal hjelpe barn, ungdom og voksne som søker hjelp.

Dette krever administrative systemer som gir anledning til å jobbe på denne måten, noe dagens administrative systemer dessverre gir mindre og mindre rom for. Dermed står man i fare for at denne typen hjelpetilbud kan forsvinne. En slik utvikling vil også medføre at den kunnskapen og erfaringen begge de aktuelle fagfeltene har ervervet gjennom flere tiår, kan gå tapt i konkurranse med hjelpetilbud som er individorientert og som de administrative systemene legger til rette for.

Jerome Bruner (1960, 1990) har utviklet teorier om hvordan mennesker tenker og lærer. Han skilte mellom to hovedtyper av tenkning: paradigmatisk tenkning og narrativ tenkning.

- Paradigmatisk tenkning kan hjelpe både familieterapeuter og psykisk helsearbeidere til å anvende systematiske og logiske tilnærminger til diagnostisering og behandling av en families utfordringer. De kan gjenkjenne ulike samspilsmønstre og roller, og basert på dette gi ulike intervensjoner.
- Narrativ tenkning kan hjelpe familieterapeuter og psykisk helsearbeidere til å forstå klientens livshistorie, kontekst, relasjoner og deres subjektive opplevelse av verden. Ved å anvende en narrativ tilnærming kan de hjelpe klientene til å omforme sine opplevelser og med det forholde seg til sine narrativer på en ny måte, noe som kan føre til en mer helhetlig forståelse av seg selv og den verden man deltar i.

Ifølge Bruner er begge typer tenkning likeverdige og nødvendige for å forstå og navigere i verden på en fullstendig måte. Han mente at begge tenkningstyper kan komplimentere hverandre, og at en kombinasjon av dem kan føre til en mer helhetlig forståelse.

I vår kultur, som er preget av høyt tempo og behov for effektivisering og raske prosesser, vil arbeidsmåter som vektles mot narrativ forståelse kunne tape til fordel for mer paradigmatisk og standardisert tenkning. Som et motsvar til denne tendensen, og for å forbli det alternative familieterapien og psykisk helsearbeid representerer, vil det være viktig å ikke sette den paradigmatisk og den narrative måten å tenke på opp mot hverandre. Begge disse utgjør en dynamikk som kan bidra til en positiv utvikling dersom de gjensidig aksepterer hverandre. Å tilstrebe enfoldighet vil være et svik mot menneskers mangfoldighet.

Referanser

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and metadialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415–428.
- Anderson, H. (1997). *Samtale, språk og terapi: Et postmoderne perspektiv*. Hans Reitzels Forlag.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1986). Systems consultations to agencies dealing with violence. I L. Wynn, S. McDaniel & T. Weber (Red.), *The family therapist as systems consultant* (s. 284–299).
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371–393.
- Barlow, S. H. (2004). The history of group counseling and psychotherapy. I J. L. DeLucia-Waack, C. R. Kalodner & M. T. Riva (Red.), *Handbook of group counseling and psychotherapy*. Sage Publications.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Ballantine.
- Bertrando, P. (2007). *The dialogical therapist*. Karnac.
- Borge, L., Juritzen, T. & Hem, M. H. (2018). Hvem er dagens psykisk helsearbeider – tjuve år etter Opptrappingsplanen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(4), 360–367.
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-09>
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1993). *The times of time: A new perspective in systemic therapy and consultation*. W. W. Norton.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press.
- Cunningham, P. B. & Henggeler, S. W. (1999). Engaging multiproblem families in treatment: Lessons learned through the development of multisystemic therapy. *Family Process*, 38, 265–281.
- Diamond, G. S., Diamond, G. M. & Levy, S. (2014). *Anknytningsbaserad familjeterapi för «deprimerad ungdom»*. Studentlitteratur.
- Flaskas, C. (2002). *Family therapy beyond the postmodernism*. Brunner Routledge.
- Gergen, K. (1994). *Realities and relationships*. Harvard University Press.
- Gurman, A. & Kniskern, D. (1981). *Handbook of family therapy*. Brunner Routledge.
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Universitetsforlaget.
- Lieberman, K. (2013). *More studies in ethnomethodology*. State University of New York Press.
- Lock, J. & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford Press.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Tavistock.
- Nordtvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon*. Sigma Forlag.
- Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). Hypothesizing – circularity – neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 38, 3–12.
- Rober, P. (2017). *In therapy together: Family therapy as a dialogue*. Red Globe Press.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2017). *Åpen dialog i relasjonell praksis: Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Thorsteinsson, V. W. (2019). Familieterapiens historie. I L. Lorås & O. Ness (Red.), *Håndbok i familjeterapi*. Fagbokforlaget.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Dulwich Centre Publications.

Schrøder, S. K. & Vederhus, J.-K. (2025). Balansekunst – når brukerkunnskap er en del av undervisningen. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 289–304). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550217>

Kapittel 17

Balansekunst – når brukerkunnskap er en del av undervisningen

Siv Kristine Schrøder og John-Kåre Vederhus

Innledning

De siste tiårene har det blitt lagt stor vekt på å ta inn brukerperspektivet i offentlige helsetjenester, særlig innen psykososial helse. Dette har ført til en utvikling der erfaringer fra personer med brukererfaringer også inkluderes i undervisningen innen helse- og sosialfag. I dette kapittelet er formålet å se nærmere på hvilke muligheter og utfordringer som oppstår når personer med erfaringsbasert kunnskap inkluderes i undervisning.

Den erfaringsbaserte kunnskapen har en sentral plass i det vi kaller kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis innebærer å bruke flere kunnskapskilder i egen praksisutøvelse. Gjennom å basere egen praksis på forskningsbasert kunnskap, profesjonskunnskap gjennom erfaringer fra praksisfeltet og brukeres kunnskap og behov er antakelsen at kvaliteten på tjenestene vil bli bedre (Nordstoga, 2018). Det forventes at profesjonelle fagpersoner arbeider kunnskapsbasert. Det er derfor viktig at studenter innenfor ulike profesjoner lærer om og kan anvende disse ulike kunnskapskildene i sin praksisutøvelse.

Erfaringsbasert kunnskap er den viten man får gjennom egne opplevelser.¹ Innenfor psykisk helse-feltet framheves mennesker med brukererfaringer og pårørendes livserfaring som et viktig supplement til teoretisk- og forskningsbasert kunnskap. Sentrale helsepolitiske dokumenter framhever hvor viktig det er at tjenestene organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv (Helsedirektoratet, 2014). Det anbefales for eksempel å inkludere erfaringskonsulenter i tjenestene, det vil si ansatte med brukererfaring, enten egenerfaring med sykdom eller som pårørende til personer med psykisk helseproblemer eller rusmiddelproblemer. Disse ansatte er tenkt å styrke brukerperspektivet i tjenestene.

Basert på det ovenstående er det naturlig at erfaringsbasert kunnskap inkluderes som en del av undervisningen i helse- og sosialfagene. I tillegg til forskningsbasert kunnskap og praksiskunnskap kan den erfaringsbaserte kunnskapen gi utfyllende innsikt i praksisrelaterte problemstillinger. Noe av det spesielle med slik kunnskap er innenfra-perspektivet (Hoel, 2018). Slik realbasert innsikt kan potensielt øke studentenes innsikt og trygghet i kom-

1 I faglitteraturen anvendes begrepet erfaringsbasert kunnskap både om brukeres kunnskap og om profesjonelles kunnskap oppnådd gjennom praksis. Vi velger i det videre å anvende begrepet erfaringsbasert kunnskap eller brukerkunnskap i relasjon til brukere.

plekse praksissituasjoner underveis i utdanningen og gi mestringstillit når studentene senere skal utøve sin profesjon.

Vi har selv prøvd ut å inkludere personer med brukererfaringer i undervisning på ulike måter og med ulike erfaringer. I dette kapittelet tar vi utgangspunkt i erfaringene til et utvalg personer som har forelest for studenter på bakgrunn av sine brukererfaringer. Vår problemstilling er følgende:

Hvilke muligheter og utfordringer aktualiseres når brukerkunnskap skal inkluderes i undervisning, slik et utvalg personer med brukererfaringer ser det?

Forskning om brukerkunnskap i undervisning

Det har vært nokså stor oppmerksomhet rundt betydningen av brukerkunnskap i utvikling av helse- og sosialtjenesten. Både Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse arbeider med å samle inn, systematisere og formidle brukerkunnskap med mål om å videreutvikle de offentlige tjenestene (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2023; Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, 2023).

Det har vært mindre, men samtidig økende oppmerksomhet rettet mot å inkludere personer med brukererfaringer i undervisning (Driessens & Lyssens-Danneboom, 2022a). Et eksempel er Hødnebo et al. (2015), som fant at det å høre menneskers historier om eget liv og møte med de offentlige tjenestene var noe av det vernepleierstudenter opplevde som mest betydningsfullt for deres personlige og faglige utvikling gjennom studiet. Et annet eksempel er en antologi om det å involvere brukere i utdanninger innenfor sosialt arbeid, med bidragsyttere fra en rekke europeiske land (Driessens & Lyssens-Danneboom, 2022b). Disse forfatterne er opptatt av hvordan levde erfaringer kan være øye-åpnende og klargjørende for studenter om hvordan det er å leve med sykdom, undertrykkelse eller ekskludering, samt gi en unik innsikt i hva som oppleves hjelpsomt. På liknende vis fant Renolen et al. (2019) at erfaringsmedarbeidere opplevde at deres bidrag fikk studenter til å tenke nytt om en tematikk og til å se nye løsninger. Disse erfaringsmedarbeiderne opplevde det også som nyttig for seg selv å delta, og noen opplevde det som en form for hjelp til selvhjelp og egenutvikling.

Samtidig som erfaringskunnskap er en viktig kunnskapskilde for studenter, har flere studier pekt på utfordringer knyttet til å inkludere personer med brukererfaring i undervisning og veiledning (Kvammen, 2016; Nordstoga, 2020; Skjeldal, 2021). Borg et al. (2017, s. 45) fant i sin studie at det ikke var nok å ha brukererfaring, men at erfaringene også måtte være bearbeidet for at det skulle være nyttig for andre. I en studie av Nordstoga (2020), der studenter var veiledet av ungdommer med brukererfaring, ga studentene uttrykk for at det ikke var enkelt å stille spørsmål ved ungdommenes vurderinger, da dette var deres subjektive erfaringer. Dette kunne noen ganger legge begrensninger på de mer allmenne drøftingene av et tema. Renolen et al. (2019) fant på sin side at noen studenter opplevde en maktubalanse der erfaringsarbeiderne inntok en ekspertrolle overfor dem, og erfaringskunnskapen ble presentert som den mest gyldige kunnskapen.

Sett fra mennesker med egenerfaring sin side opplevde Hammer (2020) at hun i flere sammenhenger hadde sagt mer enn hun hadde tenkt, og følte seg tom og naken etterpå. I stedet for å fortelle om det vonde og vanskelige ønsket hun å fortelle om hvordan hun kom seg videre, og hva som var til hjelp. For at det skal bli en god opplevelse å dele erfaringer, mener hun at det er nødvendig at de som inviterer inn erfaringskonsulenter, tar ansvar ved å være seg bevisst hva som er hensikten med å la noen dele sine erfaringer, og at det blir mer enn underholdning.

Metode

Vi anvendte kvalitative dybdeintervjuer for å undersøke tematikken brukerkunnskap i undervisning. Det kvalitative intervjuet gir et særlig godt grunnlag for å få innsikt i nettopp personers erfaringer, tanker og følelser (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 135–136).

Vi rekrutterte informanter med egen brukererfaring via undervisere ved Universitetet i Agder (UiA), som hadde gått fram på ulike måter for å inkludere brukerkunnskap i undervisning. Seks personer takket ja til å delta. Fire av dem var *ikke* knyttet til en organisasjon og representerte kun seg selv når de underviste, mens to underviste i kraft av å representere en organisasjon. Intervjuene varte mellom 30 og 60 minutter. Lyddopptak ble transkribert, og

tematisk analyse ble brukt for å analysere intervjuene (Braun & Clarke, 2021). Vi gikk gjennom intervjuene hver for oss og delte det som ble sagt, inn i foreløpig temaer. Deretter drøftet vi disse temaene og utarbeidet endelige temaer med tilhørende utdrag fra intervjuene.

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, ref. nr. 987915) og etisk komite ved UiA (FEK). Informantene blir omtalt som hen for å ivareta deres anonymitet.

Muligheter og utfordringer når brukerkunnskap er en del av undervisningen

Videre følger en presentasjon av funnene knyttet opp til problemstillingen: Hvilke muligheter og utfordringer aktualiseres når brukerkunnskap skal inkluderes i undervisning, slik et utvalg personer med brukererfaringer ser det? Vi starter med å presentere de mulighetene som ligger i å inkludere brukerkunnskap, mens vi mot slutten av kapittelet setter søkelys på mulige utfordringer.

Kunnskap fra flere kilder kan utfylle hverandre og gi muligheter for gjensidig læring, samarbeid og anerkjennelse

Et fellestrekk mellom alle intervjuene var at informantene vektla hvordan deres egen erfaringskunnskap kunne utfylle den kunnskapen studentene fikk fra bøker og forelesere. Dette handlet blant annet om at mennesker med egne erfaringer kan være mer konkret og direkte enn universitetsansatte og bruke mer vanlig språk. I tillegg var det noen som pekte på hvordan denne typen kunnskap kunne gi studentene bedre innsikt i hva som ligger bak en diagnose eller livsutfordringer. På denne måten kunne personer med brukererfaring bidra til å nyansere den faglige og profesjonelle kunnskapen.

Informant 2: [Det er viktig å] få inn noen [forelesere] med en litt annen vinkling ... på å kunne utfylle ... misforstå meg rett, det er ikke alt man kan lese seg til ... det er enkelte ting man må kjenne litt på kroppen enn hva som står, ikke sant ... og få inn mennesker som kan ha litt andre nyanser.

Som en del av det å utfylle hverandres kunnskap var noen av informantene også opptatt av hvordan de selv kunne lære av å undervise sammen med en fra universitetet. En av dem sa for eksempel at «læring går begge veier». Hen kunne bidra med kunnskap om den praktiske erfaringen og få tilbake kunnskap om det faglige. Slik ble det en utveksling av kunnskap. Å kunne lære om seg selv som en del av det å delta i undervisning bidro til gode erfaringer, og det ble en viktig motivasjon for å drive med undervisning.

Betydningen av samarbeid og gjensidighet med den universitetsansatte ble trukket fram av flere som viktig for å lage god undervisning. En av informantene var i denne sammenhengen opptatt av hvordan hen og den universitetsansatte jobbet mot et felles mål. Hen sa at «vi har et felles mål om å få studentene til å bli flinke». For noen var selve planleggingen av undervisningen en viktig del av samarbeidet. Noen hadde også erfaringer med å forelese sammen med en fra universitetet og beskrev dette som en god opplevelse. De hadde møtt den ansatte i forkant for å planlegge undervisningens innhold og hvordan de skulle legge opp undervisningen. Hele undervisningen: innhold og form, var altså et resultat av samarbeid. En informant fortalte for eksempel at hen ønsket at den ansatte skulle stille spørsmål som hen kunne svare på. Disse spørsmålene var avtalt på forhånd. Som en del av planleggingen inn gikk hva informanten ønsket å dele av egne erfaringer og ikke. I tillegg øvde de gjennom undervisning de hadde planlagt. I etterkant av en gjennomført undervisningsøkt traff de hverandre for å videreutvikle opplegget.

Alle informantene trakk fram betydningen av studentens tilbakemeldinger for at det å undervise skulle bli en god opplevelse. En av informantene fortalte om hvordan gode tilbakemeldinger fra studenter gjorde at hun kom seg gjennom en tøff periode i livet.

Informant 1: De [studentene] kom med så mange støttende ord, som: du klarer dette, du er sterk og du er kjempeflink og du har kommet så langt ...

En annen informant pekte på at aktive studenter kunne gi en god mestringsfølelse. Det opplevdes godt når studentene våget å spørre, selv om det kunne være vanskelige spørsmål. Det samme gjaldt dersom studentene ga positive tilbakemeldinger etter en forelesning. En annen konkret erfaring var studenter som hadde kommet etterpå og sagt at forelesningen var «gull verdt».

Å undervise kan være en hjelp til seg selv og andre

Flere av informantene pekte på hvordan det å undervise opplevdes som en hjelp til selvhjelp fordi de gjennom dette kunne bearbeide og akseptere sin fortid.

*Informant 1: For min del så har jo jeg klart å bearbeide min barn-
dom med å være på universitetet [for å undervise] og i traume-
behandling samtidig. Det har på en måte vært med på å ufarlig-
gjøre min situasjon, at dette ikke er et tabu.*

En annen informant så på det å fortelle om sine erfaringer som en hjelp til å få en distanse til fortiden og noe som ga en tydeligere egenforståelse av den progresjonen hen hadde hatt i sin rehabilitering. Informanten poengterte dette så sterkt at hen kalte undervisningen for «eksponeringsterapi» for den underliggende sosiale angsten og rusproblematikken hen hadde hatt hele livet, og hen sa bevisst ja til å undervise for å utfordre seg selv. Noen av de andre informantene pekte på at det er få arenaer å snakke om denne type erfaringer, og at undervisning representerer en slik arena. De opplevde det som godt å få snakke om disse erfaringene fordi de utgjør en stor del av livet.

Samtidig var det også noen som trakk fram at behovet for og nytten av å dele erfaringer for egen del ble mindre med tiden. Deres forhold til og syn på egne erfaringer endret seg, og hva de ønsket å vektlegge i sine forelesninger, endret seg deretter. Det var derfor viktig å få mulighet til å tilpasse forelesningsinnholdet etter hvor de var i livet.

Alle informantene hadde en sterk motivasjon for å bidra til å gjøre situasjonen bedre for sin «målgruppe». Dette handlet for eksempel om å bidra til at studenter skulle forstå og møte målgruppen på en bedre måte, og å bidra til å redusere stigmatisering og negative holdninger. I denne sammenheng var det en av informantene som framhevet at hens bidrag i undervisningen kunne gi studentene et større ressurs- og mestringsperspektiv i møte med alvorlig sykdom.

*Informant 5: Jeg tenker at hvis de kan huske det jeg sier, hvor
jeg var og hvor jeg er [nå]. At hvis det kan gi de en annen tro på
pasientens muligheter enn de hadde fått hvis det hadde stått en
psykiater og forelest, så har jeg gjort noe bra.*

Den samme informanten utdypet videre.

Informant 5: Det som motiverer meg er at studentene, når de møter pasienten, skal kunne møte pasienten med håp. At de skal møte pasienten på en måte som gjør at pasienten føler seg verdt noe, at livet de sitt betyr noe, og med håp om et bedre liv.

Den aktuelle informanten var åpen om at undervisningen var ideologisk forankret. Hen engasjerte seg i pågående debatter innenfor psykiatrien og valgte ut faglitteratur som bygget opp under egne synspunkter. Samtidig var hen opptatt av å være tydelig med studentene om hensiktene sine.

Utfordringer med å dele personlige og vanskelige erfaringer

I det å dele personlige og noen ganger vonde erfaringer med studentene kunne det ligge muligheter, men også utfordringer. Flere av informantene vektla hvor mentalt slitsomt det kan være å dele dypt personlige ting. En annen utfordring som gikk igjen, var å vite hvor en skulle sette grensene for hva de skulle dele, herunder også utfordringer med å ikke skulle utlevere en tredjeperson. Fortellingens formål var å lære studentene noe, men samtidig ikke være for personlig eller utleverende. En informant omtalte dette som en balansekunst, der hen balanserte mellom å gi studentene noe og samtidig være var på egne behov.

Informant 6: En sånn balansekunst kjennes det ut som. På en måte balansere seg imellom «hva skal jeg si fordi det er bra og det er fint». Ikke bra som i liksom bra, men hva gir noe, hva kan gjøre at du [studentene] sitter igjen med noe, samtidig som jeg er var over meg selv i det og at jeg får en god opplevelse av det.

For å klare å finne denne balansen var det viktig å ha noen å snakke med. Noen snakket med venner, mens andre snakket med den universitetsansatte. Informanten som representerte en organisasjon, trakk fram at forberedelse hen hadde fått i organisasjonen, og erfaring med å undervise var en hjelp til å vite hva en skulle dele, og til hvem. Det var altså forskjellig behov for hvor mye den universitetsansatte skulle involvere seg. Det var likevel flere som

trakk fram betydningen av emosjonell støtte fra den ansatte. Dette handlet om å undersøke med dem i forkant av en forelesning om hvordan dagsformen var, og om de fortsatt var klar for og ønsket å gjennomføre, samt å kontakte dem i etterkant for å høre hvordan de hadde det. Mens flere hadde erfaringer med å bli fulgt opp på en god måte, var det andre som ga uttrykk for at de ikke hadde blitt møtt slik de trengte.

Informant 5: I begynnelsen var det nok tøffere å komme hjem etter en slik økt enn det er nå. Jeg har på en måte ikke noe behov for det nå, men jeg tenker at kanskje de første årene at det hadde betydning for meg at noen hadde sagt: Hvordan har du det etter du har gjort dette her? For du ... gjør det og så går du hjem, og så har du kanskje veldig mange tanker i hodet i forhold til alt.

Mens flertallet av informantene vektla å sette grenser for hva de skulle dele av hensyn til seg selv, var det også en av informantene som vektla hensynet til studentene. Hen holdt tilbake en del detaljer fordi hen tenkte det kunne skremme studentene bort fra utdanningsretningen de hadde valgt. For å gjøre det mer håndterlig for seg selv og studentene brukte hen humor når erfaringene hen skulle dele var spesielt vonde.

Noen av informantene pekte på utfordringer med at fortellinger om egne erfaringer kunne bli sensasjonspreget. Én hadde opplevd at tilhørerne forventet følelsesmessige fortellinger og noe sensasjonelt, som et «sirkus-show». Denne hendelsen var ikke fra undervisningen på universitetet, men fikk hen til å tenke at det var lite læring i slike former for fortelling.

Studentenes tilbakemeldinger ble trukket fram av flere som viktige, og da både på godt og vondt. En av informantene hadde fått blikk og enkelte kommentarer hun hadde reagert på. Hun valgte å overse denne typen responser fra studenter, og ga uttrykk for at dette kun hadde skjedd et fåtall ganger.

Informant 1: Jeg har følt jeg har fått noen blikk innimellom. Men så tenker jeg dere har ikke startet skolen helt enda. Dere vet ikke helt hva dere går til. Bare vent og se. Du vil forstå, tenker jeg bare. Så ignorerer jeg det og flytter fokus en annen plass. For jeg vil ikke la sånt ødelegge noe som kan bli veldig fint.

Noen av informantene formidlet også at det kunne være tungt å forelese hvis studentene var lite aktive og virket uinteresserte.

Drøfting

I denne delen diskuterer vi muligheter og utfordringer med å inkludere brukererfaring i undervisning, og da med vekt på informantenes tanker om betydningen av deres bidrag for å endre studentenes holdninger til brukergruppen. Videre drøfter vi informantenes opplevelser av utfordringer med å delta i undervisningen. På grunn av deres beskrivelse av sårbarhet og behov for støtte vil vi deretter diskutere hvilke konsekvenser dette har for hvordan de universitetsansatte bør følge opp mennesker med brukererfaringer som deltar i undervisningen.

Holdningsendring og dannelselse

Det som trer tydeligst fram fra intervjuene, er den sterke ideologiske motivasjonen informantene hadde til å bidra i undervisningen. Selv om de så forskjellige muligheter for egen nytte med å delta, for eksempel egen utvikling og egen læring, ønsket de alle å bidra til å gjøre situasjonen bedre for sin «målgruppe» eller promotere sin organisasjon. De ønsket blant annet å bidra til å fjerne tabu og stigmatisering som de oppfattet var rundt sin diagnose. Gjennom dette gjorde de seg selv til «talerør» for sin målgruppe, også de som stod fram som enkeltpersoner og ikke representerte en organisasjon. Ved å dele sine erfaringer ønsket de å gi studentene et realistisk bilde av hva det vil si å streve med det aktuelle problemet, og med dette øke forståelsen for å gjøre studentenes møte med framtidige brukere bedre. Muligheten dette gir i undervisningen, er at personer med brukererfaring bidrar i en normaliseringsprosess. Ved å gi sykdommen og diagnosen et «ansikt», kan en motvirke utenforskap-opplevelsen som gruppen selv kan ha, men også fordommer som studenter, fagpersoner og samfunnet generelt kan ha overfor mennesker som lever med et spesielt og vanskelig problem. Informantene tilkjennega at dette var en konsekvens også for sin egen del; at de gjennom å stå fram fikk en større aksept av og for seg selv, samtidig som de opplevde at de fikk bidra til å normalisere synet som

fagpersoner måtte ha om målgruppen. Noen av de mest positive opplevelsene de hadde med undervisning, var når de fikk tilbakemelding fra studentene om at de hadde bidratt til dette. Informantene ønsket altså ikke bare å fylle faktiske kunnskapshull hos studentene om hvordan det var å leve med sitt problem, men de hadde også et utvidet prosjekt med å endre forståelse og holdninger. Dannelse gjennom undervisning handler blant annet om en utvidet kunnskapsforståelse der en også inkluderer holdninger og væremåter som det er viktig å tilegne seg i en framtidig arbeidssituasjon. Klafki (2001) beskriver forskjellen mellom material dannelse (det «ytre»), som er tilegnelse av gitte kunnskaper, og formal dannelse (det «indre»), som henspiller på den prosessen som skjer i mottakeren. For at dannelse skal skje, må det ytre og indre stå i forhold til hverandre, undervisningen må også berøre og engasjere (Solerød, 2012, s. 94). At studenter får møte personer med brukererfaring kan være viktig for at læringen går opp i en høyere orden som Klafki kaller «kategorisk» dannelse: at studenten evner å knytte fagstoffet til sin og andres livsverden. Å møte personer med brukererfaring kan berøre, engasjere og vekke interesse hos studentene på en dypere måte enn teoretisk undervisning kan det. Det kan altså bidra til den dialektiske prosessen som er nødvendig for at dannelse skal skje (Akshen & Sæle, 2015).

Sårbarhet og støtte

Siden vi her rekrutterte personer med erfaring fra møter med ulike helse- og sosialtjenester, hadde alle vonde livserfaringer med seg. Det kan være utfordringer med å stå fram for studenter og fortelle om livet sitt. Selv om en studentklasse er et begrenset antall personer, vil en i praksis stå fram med sine erfaringer i det «offentlig rom», og de som skal undervise, kan oppleve seg utsatte og sårbare. Å være seg dette bevisst og de utfordringene det kan medføre, er spesielt viktig for dem som kom som enkeltpersoner og ikke hadde noen form for forberedelse og støtte i regi av en organisasjon. Intervjuene viste at universitetsansatte kan redusere utsatthet gjennom god og grundig forberedelse og samarbeid med den enkelte, og da også gjennom samtaler om grensene for hva som skal deles. Personer som skal undervise på bakgrunn av sine brukererfaringer, må slippe å oppleve at de blir stående alene overfor en klasse og kanskje oppleve at de får for mye ansvar eller deler mer enn de er komfortabel med. Noen fortalte om slike negative opplevelser.

Informantene la vekt på hvor viktig det var med emosjonell støtte i forbindelse med undervisningen, både før og etter. En av informantene hadde faktisk fått kritiske og til dels nedlatende kommentarer fra studentene. Heldigvis klarte den aktuelle informanten å håndtere dette, men det sier noe om at forberedelse bør strekke seg utover det praktiske, en bør også gå gjennom slike mulige negative reaksjoner for at den som skal undervise ikke skal være uforberedt og få for stor belastning med å stå fram. Dette betyr at å involvere personer med brukererfaring som forelesere krever mer av de universitetsansatte enn det som er tilfellet med andre eksterne forelesere. Informantene presenterte flere fine eksempler der samarbeidet med de universitetsansatte hadde fungert godt. God forberedelse og avklaringer om hvordan undervisningen bør legges opp, gir forutsigbarhet og trygghet.

De universitetsansatte har selv en helse- eller sosialutdanning. Forhåpentligvis vil det være en «ryggmargsrefleks» fra deres side å sørge for at personer med brukererfaring blir ivaretatt når de blir invitert til å delta i undervisning. Hvordan forelesere møter personer med brukererfaring og deres kunnskap, formidler mye om de universitetsansattes forståelse av erfaringskompetanse og hvilken posisjon og verdi en tillegger denne. Både måten en «samspiller» med personer med brukererfaring på gjennom undervisningen, og at studentene kan se at de blir ivaretatt i undervisningssituasjonen, kan fungere som en god rollemodell for studentenes framtidige møte med brukere. Fungerer dette godt, kan det bidra til nedbygging av eventuelle fordommer og til positive holdninger, som er et overordnet mål for undervisningen: å bidra til studentenes dannelse (Akshen & Sæle, 2015).

Et etisk ansvar

En del av studentenes dannelse handler om hvordan forelesere forholder seg til hva personer med brukererfaringer skal bidra med i undervisning. Hvordan vi møter og ivaretar mennesker med brukererfaring sin subjektivitet og medvirkning i undervisningen, er i denne sammenheng et etisk anliggende.

Noen av informantene pekte på hvordan forventninger om sensasjonspregede fortellinger kunne bidra til dårlige opplevelser med å undervise. At deres erfaringskunnskap kun fikk funksjon som et slags show var ikke noe de selv ønsket, og det kunne oppleves ubehagelig. Hammer (2020) peker også på dette, at det er en fare for at brukererfaringer ikke bidrar til læring,

men blir underholdning. Hva som bidrar til gode erfaringer for både undervisere og personer med brukererfaringer, kan forstås ut fra et etisk perspektiv. Skjervheim (1996) peker på to måter å møte andre mennesker på, som et objekt og som et subjekt. I tilfeller hvor vi ikke forholder oss til saken den andre refererer til, men gjør den andre til saksforholdet og ser etter den andres motiver, er det snakk om en toleddet relasjon. Den andre blir et objekt for den profesjonelles blikk og definisjonsmakt. Skjervheim presenterer en alternativ måte å forholde seg til det andre forteller, en treleddet relasjon. En treleddet relasjon er et møte mellom to subjekter der den ene lar seg engasjere av den andres anliggende. Det er en relasjon mellom den andre, meg og saken. Ved en slik type relasjon er det et engasjement om noe felles tredje.

Dersom personer med brukererfaring og deres fortellinger og kunnskap får en form for underholdnings- og sensasjonspreg, risikerer de å bli objekter for både studenter og universitetsansatte. Det er i slike situasjoner ikke deres kunnskap om et tema og et felles engasjement og dialog rundt dette temaet som får oppmerksomhet, men de selv og deres fortelling blir isteden noe tilhørerne observerer og vurderer med et utenfra-blikk. Dette har også blitt tematisert i situasjoner hvor personer med brukererfaringer bidrar med sine bedringsfortellinger til andre i liknende livssituasjoner. Hvis historiene forventes å følge en fast «mal», kan det føre det til at den som deler, tvinges inn i en situasjon for å tjene en spesiell hensikt, og de kan fremmedgjøres for sin egen bedringshistorie (Kaiser et al., 2020). En bedre måte å tilnærme seg personer med brukererfaring og deres kunnskap på i undervisning er gjennom en treleddet relasjon. Der lar vi oss engasjere av en felles tematikk, og oppmerksomheten rettes mot temaet og ikke mot den andre som en form for sensasjonshistorie. Slik vi tolker dette, vil en slik tilnærming i undervisning kunne bidra til gjensidighet, respekt og anerkjennelse, og også å vise studentene denne måten å møte andre mennesker på. Sagt på en annen måte, de universitetsansatte kan bidra til å synliggjøre at erfaringsbasert kunnskap er likeverdig og like viktig som teoretisk og forskningsbasert kunnskap, og at disse kunnskapsformene kan utfylle hverandre.

Å drøfte en tematikk i lys av ulike kunnskapskilder er imidlertid ikke bare uproblematisk. Nordstoga (2020) fant for eksempel at det fra studentenes side kan være vanskelig å gå inn i allmenne drøftinger av et tema når den som forteller, tar utgangspunkt i sine subjektive erfaringer. Dette kan sees i sammenheng med den sterke ideologiske drivkraften flere av dem vi intervjuet

hadde. De hadde tydelige meninger om hva som var godt og bra, samtidig som de var vare på studentenes tilbakemeldinger. Hodge (2005) peker på sin side på hvordan det å trekke inn det allmenne ved den enkeltes erfaringer kan føre til at fagpersonene objektiverer den andre og oversetter det som blir fortalt til sitt fagspråk. Slik vi ser det, vil det være viktig å avklare med både forelesere og studenter hvordan denne type undervisning kan gjennomføres på best mulig måte, slik at studentene kan oppnå læring, og de som foreleser opplever seg ivaretatt og respektert.

Oppsummering

Inkludering av brukerkunnskap i undervisningen kan gi studentene en erfaringsbasert innsikt og forståelse som kan utfylle det som den universitetsansatte kan gi. Det kan engasjere og vekke interesse hos studentene og kan bidra til mer positive holdninger hos studenten til den aktuelle gruppen. Utfordringene knyttet til å delta i undervisning ser ut til å gjelde først og fremst for dem som ikke representerte en organisasjon eller selvhjelpsgruppe. De som ikke hadde en slik organisasjonstilhørighet, ga uttrykk for et større behov for forberedelse og planlegging i samarbeid med den ansatte enn de som hadde en «ferdig mal» å gå etter. Dette gjaldt også behov for emosjonell støtte og å tenke gjennom og være forberedt på eventuelle negative ting som en potensielt kan oppleve i undervisningssituasjonen. Et viktig moment er at personer med brukererfaringer som står fram i undervisning, står fram i «det offentlige rom» med den risiko og utsattheten det innebærer. De universitetsansatte må ta dette inn over seg og ikke overlate den enkelte til seg selv dersom de skulle få en negativ opplevelse. Dersom personer som deler egne erfaringer i undervisning, opplever seg ivaretatt og deres kompetanse verdsatt, vil det indirekte kunne bidra til at studentene får gode og nyttige møter med personer med brukererfaring.

Referanser

- Akslen, Å. N. & Sæle, O. R. O. (2015). Pedagogisk grunnlagstenkning, yrkesdanning og credo. I Å. N. Akslen & O. R. O. Sæle (Red.), *Pedagogisk grunnlagstenkning og credo – fra student til barnehagelærer* (s. 23–48). Universitetsforlaget.
- Borg, M., Sjøfjell, T. L., Eradajaye, E. & Bjørlykhaug, K. I. (2017). *Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage Publications Ltd.
- Driessens, K. & Lyssens-Danneboom, V. (2022a). Introduction. I K. Driessens & V. Lyssens-Danneboom (Red.), *Involving service users in social work education, research and policy: A comparative European analysis*. Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv249sg28>
- Driessens, K. & Lyssens-Danneboom, V. (2022b). *Involving service users in social work education, research and policy: A comparative European analysis*. Bristol University Press.
- Hammer, A. E. (2020). Erfaringskonsulenter – et alibi for tjenestene? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(1), 47–52. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-01-05>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet.
- Hodge, S. (2005). Participation, discourse and power: A case study in service user involvement. *Critical Social Policy*, 25(2), 164–179. <https://doi.org/10.1177/0261018305051324>
- Hoel, T. L. (2018). Hvilken kunnskap bør veie tyngst når målet er å støtte og hjelpe mennesker? – Brukererfaringenes plass i en kunnskapsbasert praksis. *Fontene*. Hentet 19. mai 2023 fra <https://fontene.no/fagartikler/hvilken-kunnskap-bor-veie-tyngst-nar-malet-er-a-stotte-og-hjelpe-mennesker-6.47.553361.094bf3c78c>
- Hødnebo, S., Nærbø, J. K. & van Ufford, J. (2015). Undring om endring: Et studentperspektiv på personlig og faglig utvikling. *Fontene*, 8(2), 64–76.
- Kaiser, B. N., Varma, S., Carpenter-Song, E., Sareff, R., Rai, S. & Kohrt, B. A. (2020). Eliciting recovery narratives in global mental health: Benefits and potential harms in service user participation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(2), 111–120. <https://doi.org/10.1037/prj0000384>
- Klafki, W. (2001). *Dannelsesteori og didaktik: Nye studier*. Klim.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kvammen, M. F. (2016). Brukerdeltakelse i undervisningen på sosionomutdanningen ved Universitetet. I S. Botnen & I. Trysnes (Red.), *Sosionomutdanning på Sørlandet: Festskrift ved 25-årsjubileet høsten 2016* (s. 149–172). Portal Forlag.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2023). *NAPHA.no*. Hentet 19. mai 2023 fra <https://napha.no/>
- Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. (2023). *Erfaringskompetanse.no*. Hentet 19. mai 2023 fra <https://erfaringskompetanse.no/>
- Nordstoga, S. (2018). Kunnskapsbasert praksis. I T. A. Ask & S. B. Eide (Red.), *Barnevernets begreper i bevegelse* (s. 233–251). Gyldendal.

- Nordstoga, S. (2020). Mentorgrupper i utdanningen: En vei til profesjonell dannelse hos barnevernsarbeidere? *Tidsskriftet Norges barnevern*, 97(3), 168–184.
<https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2020-03-02>
- Renolen, Å., Øye, C., Straume, C. & Klepsvik, T. (2019). Erfaringsmedarbeidere som aktører i utdanning av psykisk helsearbeidere. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(4), 210–222.
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-04-04>
- Skjeldal, E. (2021). *Kritiske perspektiver på brukervedvirkning*. Universitetsforlaget.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug.
- Solerød, E. (2012). *Pedagogiske grunntanker: I et dannelsesperspektiv* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Bøe, T. D., Lidbom, P. A. & Winterstø, W. (2025). Psykososialt arbeid sekund for sekund: Livliggjørende øyeblikk og dialoger med smutthull. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 305–321). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550218>

Kapittel 18

Psykososialt arbeid sekund for sekund

Livliggjørende øyeblikk og dialoger med smutthull

Tore Dag Bøe, Per Arne Lidbom og Wenche Winterstø

I dette kapittelet vil vi presentere en utforskning av en konkret samtale mellom «Sophia», en 15 år gammel jente, og «Malin», en psykisk helsearbeider ved en kommunal tjeneste. Utforskningen er inspirert av ideer og begreper fra sosiologien til Johan Asplund og filosofien til Mikhail Bakhtin, som viser hvordan våre menneskeliv blir til i en mangfoldig vev av dialoger og responser. Basert på utforskningen foreslår vi at psykososialt helsearbeid kan forstås som et arbeid for å *skape sosiale rom som er livliggjørende*. Det kan samtidig være en fare for at disse sosiale rommene fanger oss, eller bryter oss ned, derfor blir det nødvendig også å *skape smutthull der en kan tre inn og ut av de sosiale rommene*.

Psykososialt helsearbeid som livliggjøring

Innen psykososialt arbeid er det en økende oppmerksomhet og interesse for hvordan kropp, psyke og omgivelser må sees i sammenheng. Så la oss begynne med et lite tankeeksperiment: En kunne si at *helse* handler om at vi er levende og beveger oss, og at den kroppen vi er, er virksom og fungerer godt nok i samspill med andre og omgivelser. Helse handler da om vår vitalitet, eller vår *livlighet* kunne en også si. Videre kunne en si at denne livligheten vår i stor grad har sitt utspring i sosialt samspill med andre. Dermed blir også helsen grunnleggende sosial fordi vår livlighet vil ha sin kilde i sosial responsivitet.

Etymologisk betyr helse å *gjøre hel*¹. Med en liten omformulering kunne vi kanskje si at helse betyr å *livliggjøre*. Da vil helsearbeid handle om hvordan vi livliggjør hverandre, og hvordan dette kan skje i samspill. Denne livligheten inkluderer hele det mangfold og den kompleksitet vi er som kropp, en myriade av responsiv aktivitet og bevegelse som utgjør vår livlighet, vårt liv: hele vår nevrobiologi, vårt hjerte og blodomløp, vår pust, våre muskler, armer og bein, med sine bevegelser og gester, blikket, stemmen og ikke minst ansiktet med alle sine variasjoner av uttrykk. Hvis helsearbeid slik handler om hvordan denne livliggjøringen kan skje (eller ikke skje), så vil søkelyset

1 Etymologi er læren om ords opprinnelse. Her er kilden vi her har brukt: <https://naob.no/ordbok/helse>

uunngåelig rettes mot kvalitetene i samspillet mellom oss mennesker. Her ser vi at et skille mellom somatisk-kroppslig helse og psyko-sosial helse går mot en utviskelse. Fordi det (psyko-)sosiale liv er uløselig innvevd i vår kroppslige responsivitet, og vår kroppslige vitalitet er uløselig innvevd i det (psyko-)sosiale liv. Uhelse vil da handle om mangel på livliggjørende samspill eller om sosialt samspill som bryter oss ned.

Disse sosiale rommene vi er avhengig av for helse, for livliggjøring, finnes i ulike mellommenneskelige møter og sosiale arenaer: i *nære relasjoner* som barn-foreldre, familie, på *sosiale arenaer* som venner, på *offentlige arenaer* som skole, arbeid og videre til *samfunnet* der vi er borgere med ulike plikter, rettigheter og roller. Her står våre liv på spill: Vi beveger og beveges, vi berører og blir berørt, lever og blir belivet.

Disse innledende refleksjonene er for det meste våre egne fabuleringer slik de kom frem i våre samtaler underveis i studien. Men samtidig er det klart at ideene er i tråd med relasjonell og kontekstuell helse- og sykdomsteori slik vi f.eks. finner i perspektivene utviklet av Kirkengen og Næss (2021), som viser hvordan krenkelse, både fysisk og sosial, fører til sykdom, eller hos Gannik (2002), som viser hvordan sykdom utvikles og formes gjennom mellommenneskelig interaksjon i sosialt hverdagsliv (s. 25). Mer positivt beskriver Kristoffersen (2006) helsens sammenhenger og peker på hvordan rytmene, kroppslige og sosiale, spiller en vesentlig rolle for helsen vår. Videre er våre innledende refleksjoner kanskje enda mer inspirert av mer allmenne dialogiske menneskesyn slik vi kan finne dem hos for eksempel filosofene Bakhtin (1984), Levinas (1985) og Buber (1992), og mer konkret i intersubjektive perspektiver innen psykologi (Stern, 2007; Trevarthen & Aitken, 2001) og i sosial antropologi (Ingold, 2017).

Slike relasjonelle og dialogiske syn på menneskeliv og helse ble også sentralt i vår studie. Konkret valgte vi ideer og begrep fra filosofen Mikhail Bakhtin (1895–1975) (Bakhtin, 1984; 1990) og sosialpsykologen Johan Asplund (1937–2018) (Asplund, 1987). Vi ønsket å ta med oss noen av deres ideer i en utforskning av et konkret møte mellom en jente og en hjelper. Hensikten med studien er å bringe frem nye beskrivelser og innsikter i hva det er som kan være virksomt i de menneskemøter som vel alltid vil være i hjertet av psykososialt helsearbeid. Mer konkret formulerte vi følgende problemstilling: *Hva er de betydningsfulle aspekter i samspillet som finner sted i psykososialt helsearbeid, og hvordan kan vi beskrive og forstå hvordan disse aspektene virker sammen?*

En studie av et møte mellom en jente og en hjelper

Samtalen vi undersøkte er hentet fra empirien i master-studien til Winterstø (2020), der ulike møter mellom ungdom og hjelpere ble filmet, og der de som var med i møtet også ble intervjuet i etterkant om møtet. Disse intervjuene ble gjennomført etter metoden «stimulated recall» (Nind, 2016; Lysberg, 2021). Det vil si at intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i at informantene så filmen sammen med Winterstø og ble invitert til å peke ut sekvenser som de anså som særlig betydningsfulle, og å reflektere over det de så.

For denne studien valgte vi ut én samtale der en jente på 15 år møter en psykisk helsearbeider ved en kommunal tjeneste. Etter gjennomsyn flere ganger var det særlig én sekvens vi ble spesielt interessert i, en sekvens både jenta og psykisk helsearbeider også hadde pekt ut som betydningsfull. Sekvensen ble så analysert sammen med de transkriberte intervjuene av både jenta og psykisk helsearbeider.

For å kunne fange opp aspektmangfoldet i møtet brukte vi en forsknings-tilnærming som kalles multimodal interaksjonsanalyse (Pirini, Matelau-Doherty & Norris, 2018; Stivers & Sidnell, 2005). Multimodal interaksjonsanalyse har som utgangspunkt at menneskelig sosialitet utspiller seg konkret gjennom «en jevn strøm av meningsfulle ansiktsuttrykk, gester, kroppsstillinger, hodebevegelser, ord, grammatiske konstruksjoner og prosodiske² kon- turer» (Stivers & Sidnell, 2005, s. 1, vår oversettelse). Her er en altså ikke bare interessert i meningsinnholdet i det som sies, men forskningsmetoden har til hensikt å synliggjøre hvordan mellommenneskelige møter alltid er komplekse og mangfoldige interaksjoner der det kroppslige og materielle også er helt sentralt (Pirini et al., 2018, s. 647).

Mer konkret anvendte vi særlig tre modaliteter utviklet i en tidligere studie (Bøe et al., 2015; Lidbom, Bøe, Kristoffersen, Ulland & Seikkula, 2014) som analytiske «briller». For det første så vi etter *hva som ble sagt* i samtalen, innholdet, gjennom *den hermeneutisk-meningsskapende modalitet*. For det andre så vi etter *det kroppslige samspillet* gjennom *den kroppslige-vitale moda- liteten*. I tillegg så vi etter noe som er litt vanskeligere å sette ord på hva er, men vi så etter hvordan deltakerne kunne tre frem som unike subjekter. Dette

2 Prosodi er læren om rytme, stemmefarge, tonehøyde, pauser m.m. i talen (<https://naob.no/ordbok/prosodi>).

kunne handle både om hvordan møtet ser ut til å gi deltakerne et personlig ansvar for den andre (etikk), og om hvordan møtet utfordrer dem til å tre frem gjennom personlige valg som møtet tvinger frem (eksistens). Dette omtaler vi som *den etisk-eksistensielle modaliteten*.³ Det er verdt å merke seg at det ligger i selve ordet eksistere at dette kan forstås konkret og kroppslig fordi ordet opprinnelig betyr å «ta et steg ut» eller «å tre frem» (ex=ut, sistere=ta et steg) (Oxford Online Dictionary, 2020).

Gjennom denne tilnærmingen arbeidet alle forfatterne med film av den utvalgte sekvensen og intervjuer, hver for seg og sammen. Vi så gjennom sekvensen flere ganger og noterte ned det vi la særlig merke til, og passet på å være oppmerksom på både kroppenes *bevegelser* (hele kroppen, armer, blikk, ansiktsuttrykk m.m.), *måten* det ble *snakket* på (volum, tone, hastighet m.m.), men også *innholdet* i det som ble sagt. Vi så også sekvensen uten lyd flere ganger for bedre å kunne legge merke til det kroppslige samspillet. Deretter så vi sekvensen om igjen, nå *med* lyd, for å sammenholde det kroppslige med innholdet i det som ble sagt. Denne analysen av filmen gjorde vi i en kombinasjon med også å analysere intervjuene der jenta og hjelperen beskrev hvordan de opplevde samtalen og særlig denne sekvensen.

Å skape livliggjørende rom med smutthull – der vi eksisterer gjennom å tre inn og tre ut

I utforskningen ble vi særlig opptatt av at samtalen ikke bare fløt jevnt og sammenhengende, men den inneholdt også det vi oppfattet som brudd eller «usammenheng». I våre funn ønsket vi å synliggjøre denne vekslingen mellom på den ene siden en responsivitet som fløt fint og sammenhengende der «det ene førte til det andre», og på en andre siden brudd og mangel på sammenheng som gav muligheter for noe nytt ved at «det ene ikke nødvendigvis trengte å føre til det andre». Vi foreslo at følgende funn-formulering kunne uttrykke dette: *Å skape livliggjørende rom med smutthull – der vi kan*

3 I studien vi viser til her hadde vi kalt de tre modalitetene for *det etiske aspektet*, *det ekspressive aspektet* og *det hermeneutiske aspektet*. Vi har altså endret litt på ordlyden her.

eksistere gjennom å tre inn og tre ut av dette rommet. Videre antyder denne formuleringen en slags *livliggjørende, eksistensiell og sosial «loop»* som kunne uttrykkes gjennom følgende tre vendinger:

1. *nødvendigheten av være i livliggjørende responsivitet, og*
2. *nødvendigheten av kunne å tre ut av responsiviteten, men uten å forbli utenfor, og derfor*
3. *nødvendigheten av å kunne tre inn igjen i responsiviteten.*

Vi vil videre ikke ta for oss disse tre vendingene hver for seg, men med utgangspunkt i en utvalgt sekvens på 17 sekunder vise hvordan dette kan utspille seg gjennom et modalitetsmangfold i samspillet. Vi vil i presentasjonen også vise hvordan vi brukte ideer fra Bakhtin og Asplund aktivt i analysen.

Pang! «Men jeg skal på den plassen jeg hater i desember!»⁴

Vi vil begynne med å gjengi transkripsjon av hele sekvensen, som varer ca. 17 sekunder. Det er altså en psykisk helsearbeider, som vi har valgt å kalle «Malin», som er i samtale med ei jente på 15 år, som vi har valgt å kalle «Sophia». Sekvensen begynner 2 minutter og 56 sekunder ute i samtalen:

Malin: Det er jo om å gjøre å ta med seg de erfaringene, og prøve å finne ..., [lener seg litt mot Sophia med et smilende ansikt] men det hører jeg jo at dere har gjort!. (02:58)

Sophia: [nikker] Ja [med lys, lett tone, de smiler og har blikkontakt]. (2:59)

Malin: Alt dere kan! [i en lys tone, raskt, samtidig som hun med kroppen liksom «rister løs» der hun sitter ved å lene seg bakover og noe opp og vri på skuldrene og så finne tilbake til sin posisjon i stolen og så vender/bøyer seg nærmere mot Sophia med et smilende ansikt og ler litt.] (03:00)

4 Ikke eksakt, men et kondensert sitat.

Sophia: Ja! [gjør en liknende rask bevegelse med kroppen, der hun også på en måte «rister løs», «kaster» seg litt bakover i stolen med en gyngende bevegelse og faller så tilbake i samme posisjon i stolen.] (03:02)

Malin: [gjør så igjen en liknende rask bevegelse med kroppen, smiler og finner en ny kroppsstilling i stolen.] (03:03)

Sophia: [Smiler, men går så ut av blikkontakt med Malin, ser ut i rommet og sier plutselig, som et «pang!»:] Men jeg skal på sykehuset i desember, da! [Et helt nytt tema i samtalen og tonen forandrer seg brått, hun legger trykk på hvert enkelt ord og der rytmen er saktere og jevn og bygger opp under hvert ord. Hun søker blikkontakt med Malin igjen. I løpet av denne setningen er smilet helt borte] (03:04)

Malin: [Ansiktsuttrykket skifter fra å være smilende til vennlig nøytralt/alvorlig.] Ja, for å få tilbakemelding? [Stemmen går ned i volum. Rytmen er langsommere.] (03:07)

Sophia: Eller jeg skal ikke på sykehuset. Jeg skal til den andre plassen. (03:11)

Malin: Den du liker? (03:12)

Sophia: Den jeg hater! [med trykk på hater. Ser ut i rommet og går ut av blikkontakt med Malin] (03:13)

Malin: [stønner lett, puster tungt ut, lukker øynene, åpner øynene igjen og sier:] Ja (03:14)

Sophia: Ja. (03:15)

Slik vi ser det, viser sekvensen hvordan samtalen skaper et livliggjørende rom (den kroppslig-vitale modaliteten) for jenta, «Sophia» (og for psykisk helsearbeider, «Malin»), som topper seg idet vår sekvens begynner ved at Malin anerkjennende utbryter «Alt dere kan!» (den hermeneutisk-meningsskapende

modaliteten). De har frem til dette punktet i samtalen snakket sammen med en relativt god og jevnt flytende responsivitet der Malin har ledet an og spurt Sophia om noen utfordringer på skolen. Det kommer frem at Sophia, sammen med moren, har håndtert utfordringene fint. Det er da Malin stopper midt i sin egen setning (02:56: «[...] prøver å finne ...»), for å gå over til å skryte og utbryter «Alt dere kan!». I akkurat dette øyeblikket la vi også særlig merke til hvordan kroppene deres beveget seg. Det vi oppfattet som en form for «riste-løs-bevegelser» hos Malin, ser ut til å forplante seg over i Sophia, som gjør liknende bevegelser, og deretter går bevegelsene tilbake til Malin.

Responsivitet og dialog – der menneskeliv opprinner

En kunne si at Sophia og Malin gir liv til hverandre, de beveger hverandre, bokstavelig talt, i en livliggjørende responsivitet. Når vi ser det slik, så er dette inspirert av Bakhtin sin dialogiske verdensanskuelse der han foreslår at menneskelig liv, i alle sine aspekter, er avhengig at vi er i dialog med andre (Bakhtin, 1984; 1990). Det er her viktig å merke seg at hos Bakhtin handler dialog om mye mer enn samtale forstått som meningsutveksling. Dette ser vi for eksempel ved måten Bakhtin gjør *stemmen* helt sentral på i sin dialogfilosofi (Bøe, 2013). Stemmen er kropp, og gjennom stemmen deltar vi i livet med vår uttrykksfullhet. For Bakhtin blir ikke bare hvordan vi oppfatter og tenker om livet (vår bevissthet) til gjennom dialog, men også hvordan vi beveger oss og er vitale har sitt utspring i vår deltakelse i dialoger gjennom hele livet:

Two voices is the minimum for life. [...] To live means to participate in dialogue. [...] In this dialogue a person participates wholly and throughout his whole life: with his eyes, lips, hands, soul, spirit, with his whole body and deeds. [...] When dialogue ends, everything ends. (Bakhtin, 1984, s. 252 og 293)

Kanskje det vi oppdaget og ønsker å vise fra vår analyse av møtet mellom Sophia og Malin er nettopp hvordan det «å leve er å delta i dialog» skjer konkret i deres møte. Vi så hvordan Sophia og Malin kommer til live i møtet gjennom å bli engasjert med sine blikk, ansikt, hender og hele kroppens bevegelser i samspillet dem imellom. Vi ser i det 17 sekundene hvordan møtet er livliggjørende øyeblikk for øyeblikk, sekund for sekund.

I et sosiologisk perspektiv introduserer Asplund (1987) på liknende vis sosial responsivitet som det helt fundamentale aspekt ved menneskers liv. Sosial responsivitet mellom mennesker (ikke individet) er utgangspunktet for enhver studie av mennesket og det sosiale. Denne responsiviteten er elementær, sier Asplund. Det vil si at den kommer av seg selv og er ikke noe vi må lære (s. 13). Asplund utvikler sine ideer i kritisk opposisjon til en sosiologi som, for det første, tar utgangspunkt i forestillingen om at individet kommer først og så inngår det i sosiale sammenhenger, og, for det andre, en sosiologi som blir abstrakt fordi den er opptatt av roller og strukturer på måter som fjerner seg fra livet slik det leves i konkrete situasjoner av kroppslig liv. Responsiviteten er alltid konkret og kroppslig med «färg, form och lukt, utstrekning og vikt» (s. 156), sier Asplund. Vi får liv og form gjennom svar og gjensvar i det konkrete kroppslige samspillet med andre.

Kanskje det vi oppdaget og her vil vise i vår analyse av møtet mellom Sophia og Malin, nettopp er hvordan den sosiale responsiviteten – som alltid er konkret og kroppslig – er et fundamentalt utgangspunkt for hvordan deres liv, deres vitalitet, blir formet. I de 17 sekundene ser vi et eksempel på hvordan en slik livliggjørende responsivitet kan utspille seg, sekund for sekund, i et møte med en jente og en profesjonell som prøver å hjelpe.

Sophia trenger et smutthull, og hun får det

Tilbake til vår analyse av samtalen. I det samme øyeblikk som de begge er særlig livliggjorte i møtet og ser ut til å bevege hverandre (03:03 i sekvensen), så ser vi også en form for brudd der Sophia trer inn med noe nytt. Dette nye handler både om et nytt tema/innehold (03:04, om stedet hun vil slutte å gå til), men også en ny vitalitetsform der hun går ut av øyekontakt med Malin, ser ut i rommet, ansiktet blir brått alvorlig og stemmen får en annen tone og rytme.

Det er som om det er en sammenheng mellom det som skjer gjennom deres kroppslige bevegelser (den kroppslig-vitale modaliteten), og i det som blir sagt innholdsmessig (den hermeneutisk-meningsskapende modaliteten): Samtalen løser seg litt opp, den «rister seg litt løs» fra de ordene som til nå har handlet om skolen, og åpner for mulig nytt tema. Så ser vi dette også i det kroppslige. Bevegelsene som de begge gjør i responsiv veksling, frem og tilbake har bokstavelig talt karakter av å riste løs kroppslig. Og kanskje en kan forstå det vi ser som et frigjørende brudd (rister løs) både hermeneutisk

og kroppslig, fra det som har vært? Noe nytt kan da gis plass. Et brudd blir mulig der Sophia kan tre inn med både en ny vitalitetsform, med et nytt tema og med sin egen eksistens (den etisk-eksistensielle modaliteten).

Om vi ser modalitetene i sammenheng, kunne vi kanskje tillate oss å tenke noe a la dette: Samtalen har ført dem frem til en responsivitet ladet med verdsetting, glede, og der en god påkobling har oppstått (den kroppslig-vitale modaliteten). Fra dette gode øyeblikk i samtalen blir det mulig for Sophia å ta et sprang inn i et nytt og vanskelig tema som hun vil snakke om (den hermeneutisk-meningsskapende modaliteten). Samtalen byr på en åpning, og hun våger å velge å tre inn i den (etisk-eksistensiell modalitet). Dette skjer gjennom frakobling, et brudd, i forhold til den form og flyt som samtalen er i, men der det kanskje finnes et overskudd av god responsivitet som gjør dette til et mulig øyeblikk. Sophia tør, hun tar sjansen.

Subjektet – Sophia – blir til ved å tre ut, og så inn igjen

Både Bakhtin og Asplund peker altså på at vi som mennesker får liv gjennom at vi responderer på andre, og at andre responderer på oss. Forskningen og litteraturen som bruker deres ideer, ser som regel ut til å legge hovedvekten på dette. Men det er her vi mener at en nærmere lesning av dem gir en mer nyansert forståelse: Asplund introduserer motstykket til sosial responsivitet, *asosial responsløshet*, som et avgjørende aspekt som må til for at vi kan bli til det han kaller *individualitetsformer* (Asplund, 1987, s. 12, se også Bøe, Larsen, & Topor, 2021). Utgangspunktet er altså at vi har en spontan tilbøyelighet til å respondere på dem som kommer oss i møte, men for å bli en individualitetsform er det nødvendig å begrense den altomfattende tilbøyeligheten til å respondere. Det er gjennom vår mulighet til å bryte med den elementære responsiviteten og å være responsløs at vi kan bli til individualitetsformer. Liv, for å bli menneskelig, personlig, liv, kan ikke være (blinde) responser, men må gå via en form for asosialitet der vi så velger hvordan vi går tilbake til sosialiteten. Vi blir individualitetsformer først gjennom en slik veksling mellom nødvendig responsivitet og nødvendig responsløshet (Asplund, 1987, s. 32).

Med Asplund kunne en kanskje si at Sophia i et øyeblikk adskiller seg fra samtalen og er *responsløs* i forhold til det Malin har sagt, for så å kunne komme inn igjen med noe helt annet som hun har på hjertet. Med det antar

hun også en *individualitetsform*, hun «roper» ut det hun har på hjertet som en respons på noe annet enn det siste som er sagt i samtalen.

Også hos Bakhtin finner vi denne ideen om at vi for å bli et subjekt (Bakhtins begrep som kan liknes med Asplunds «individualitetsform») må kunne adskille oss fra dialogens formende krefter. Om vi sammenfaller med andre i dialogen, så opphører vi også å være subjekter. Bakhtin advarer derfor mot en kollaps inn i fellesskap og rytme: «We need to resist a collapse into communality and rhythm. [...] In rhythm I am not aware of myself» (Bakhtin, 1990, s. 119).

Ifølge Bakhtin (1990) er det altså en fare for at vi kan sammenfalle med dialogenes rytmer på en måte som gjør av vi mister oss selv og vår frihet. Derfor må vi motstå å bli fullstendig *rytmisert* («rhythmized») (s. 119). Bakhtin sier at subjektet, for å være et unikt subjekt, må være *ekstra-rytmisk* («extrarhythmic») (s. 119). «Ekstra» betyr i denne sammenhengen «utenfor», subjektet kan altså ikke eksistere innenfor fellesskapets totale rytmer, det må (også) være utenfor. Vi finner altså en idé hos Bakhtin om at vi må passe oss for å miste oss selv i rytme og fellesskap. Det kan være noe «fangende», og til og med utslettende, i samspillet med andre når våre responser styres av det vi ser og hører fra andre, og andres responser styres av det de ser og hører fra oss. Dette samspillet vil kunne anta en rytme, kunne en si, hvor vi kan bli fenget og fanget og risikerer å fortape oss i dette samspillets rytme.

Altså blir vi levendegjort gjennom dialogenes samspill og rytmer, men samtidig så er det kun gjennom brudd med dette samspillet og rytmen at vi kan ta et sprang fra det å bare være en sosial formasjon til å eksistere som subjekter. Bakhtin sier at vi for å eksistere som subjekt er avhengig av at dialogene også har det han kaller *smutthull* («loopholes») (s. 40) ut av dialogene. Et slikt smutthull gjør det mulig å ta et steg ut av det vi befinner oss i og blir formet av. Bare fra denne utvendigheten vis á vis dialogen kan en ta et eksistensielt steg inn i dialogen igjen som et unikt subjekt og skape noe nytt i den dialogiske formasjonen.

Med Bakhtin kunne en si at Malin passer på at samtalen ikke blir for sterk og førende, men hele tiden sørger for at der finnes *smutthull* der Sophia kan komme inn, eller gå ut, av samtalen. Med Bakhtin kunne en si at Sophia her trer frem som subjekt gjennom brudd med rytmen i samspillet, hun er *ekstrarytmisk*, hun er ikke (fullstendig) fenget og fanget av rytmen i responsiviteten. Hun blir til og tar nye steg gjennom dette bruddet.

Hjelp av Sophia og Malin til å forstå hva som skjer i møtet

I intervjuet med Sophia får vi også hjelp av henne til å se hva som skjer i denne sekvensen som også hun har pekt ut:

Jeg blir nokså glad (om at Malin sier «Alt dere kan!» 03:00). Vi går fra å være glad, tilbake til det seriøse. [...] Jeg er faktisk ganske sjenert med en gang jeg kommer, men når vi begynner å snakke og komme inn i det, da tør jeg å si det jeg hadde tenkt å si. [...] Malin klarer å [...] hjelpe meg til å klare å få ut mer av det som jeg har på hjertet og egentlig vil si. [...] Fordi jeg har, jeg har jo egentlig bare lyst til å rope det ut. Men jeg tør ikke.

Det Sophia her sier, peker på at det er dette øyeblikket de har nådd frem til der hun blir «nokså glad», som også er akkurat øyeblikket som Sophia våger og velger å snakke om dette vanskelige stedet hun vil slutte å gå til. Malin klarer å hjelpe henne å få «ut det jeg har på hjertet». Hun forteller om stedet og folkene der som «bryter henne ned». Hvordan hun liksom har sitt liv på spill i dette «nei-et» som hun vil mobilisere, kommer frem ved at det er ladet med en fortvilet ekspressivitet: «jeg har jo bare lyst til å rope det ut». Hun roper det jo ikke, men hun tør nå si det til Malin.

I intervjuet med Malin får vi også hjelp til å se hva som skje i denne sekvensen:

Malin: Jeg prater jo ikke raskt [...] jeg stopper veldig opp og gir rom for at hun kan snakke. Jeg venter. [...] Jeg drar litt på det, og så merker jeg at når jeg stopper, da får jeg henne med, selv om det ikke er noe spørsmål [...] det er forventet at hun skal si noe.

Intervjuer (Winterstø): Du venter.

Malin: Jeg venter.

Malin gir Sophia rom – ved å stoppe opp, vente, ved ikke å fullføre, snakke sakte – for at Sophia kan tre inn. Malin passer på en måte på at hennes prat ikke blir for sammenhengende, men gjennom sin måte å prate på preget av ufullstendighet, venting og nøling så gis mulighet for åpninger og brudd der noe nytt kan komme inn, der Sophia kan komme inn.

I samspill med Malin uten å være fanget

En kunne kanskje beskrive det slik at jenta både har vært til stede og *nærværende* i samtalen, med hele den rikdom av responsivitet den har bydd på, men samtidig ikke helt? Hun har samtidig vært et «annet sted», på en måte *fraværende*, ved at hun har hatt noe annet vanskelig viktig «på hjertet» som hun har leita etter muligheten til å snakke om. Kanskje det er nødvendig at samtalen har kvaliteter som både gir mulighet til nærvær i samtalsens førende og formende kraft, men at det også er nødvendig at samtalen, *samtidig*, har kvaliteter som gjør det mulig å være fraværende i forhold til samtalsens formende og fangende kraft? En kunne si at det blir betydningsfullt både å kunne være utenfor samspillet og være innenfor samspillet, for ikke å bli fullstendig ført, formet og fanget av samtalsituasjonen.

Igjen: For å eksistere trenger vi livgivende dialog (Bakhtin) og responsivitet (Asplund), men det må også finnes *smutthull* (Bakhtin) der en kan gjøre både en uttreden og en inntreden, med noe annet, noe nytt, for å gjøre en (unik) forskjell, noe som ikke bare er et «produkt» av den aktuelle konteksten. Vår eksistens må være ekstra-rytmisk (utenfor rytmen), og det må være mulighet for å respondere på det andre byr på, men også å være *responsløs* (Asplund) i forhold til noe, for å selv å kunne tre inn og gi nye retninger i det som skjer.

Fra sekundene med Malin og ut i verden

Vi får også noe innblikk i Sophias liv i verden utenfor selve den samtalen vi har utforsket. Hun forteller både i samtalen og i intervjuet etterpå om dette stedet hun vil slutte å gå til. Dette er et sted som, i tråd med begrepene vi har introdusert i kapittelet, ikke har vært livliggjørende for henne, men tvert imot bryter henne ned. Et sted hun vil bort fra. Vi ser her at også i Sophias liv i verden, som jo er en vedvarende bevegelse i møte med steder og folk, så blir det vesentlig for henne å finne de sosiale rom som livliggjør henne.

Men samtidig må disse rommene kunne åpne for hennes egen eksistens ved at det er mulig å tre ut av dem så de ikke fanger henne i noe hun ikke vil være i, eller former henne til noe hun ikke vil være. Sophia vil ikke la seg fange av hvilken som helst dialog eller hvilken som helst sosialitet. Hennes

livskamp er både å finne steder, sosiale rom, som gir liv gjennom responsivitet, men også å finne smutthull, der hun kan eksistere gjennom å tre ut og tre inn.

Psykososialt arbeid – livliggjøring med smutthull

Vi foreslår altså at psykososialt helsearbeid dreier seg om å *skape livliggjørende rom, med smutthull – der en kan tre inn og ut*. Hva vil så psykososialt helsearbeid dreie seg om i lys av dette? Kanskje en kunne formulere det slik at vi som skal hjelpe gjennom psyko-sosialt helsearbeid, trer inn i det «responsorium» (Asplund, 1987, s. 17) som den eller dem vi skal hjelpe befinner seg i. Her skal vi gjennom å skape konkrete møter, sekund for sekund, forsøke å bidra til et samspill som kan virke livliggjørende.

En slik livliggjøring har, som vi har pekt på, en rekke modaliteter: Som fagfolk trer vi inn i samspillet med våre kropp, og livliggjøringen vil alltid handle om hvordan vi er kroppslig responsive sammen med dem det gjelder (*kroppslig-vital modalitet*). Videre vil vi også tre inn i folks responsorium og invitere til dialoger der en sammen finner ord og mening for den situasjon de er i, noe som igjen kan være til hjelp for å finne veier videre (*hermeneutisk meningsskapende modalitet*).

Den *etisk-eksistensielle modalitet* er vanskeligere å beskrive, men samtidig kanskje den viktigste? Viktigst fordi det er her det viser seg om vi i psykososialt helsearbeid klarer å skape rom som etterspør den enkelte (eksistens) – slik vi så at Sophia fikk anledning til å tre frem med seg og sitt. Viktigst også fordi det er her etikken kommer inn i form av et personlig ansvar for den andre – slik vi så hos Malin når hun føler og famler seg frem for å kunne respondere og gi Sophia plass på best mulig måte. En kunne si at den etisk-eksistensielle modalitet er avhengig av at den profesjonelle praksisen ikke må bli for sterk og bestemmende (f.eks i betydningen regulert av prosedyrer). Dette vil kunne hindre at rom gis for det som kanskje er en livsnødvendig erfaring for den som skal hjelpes: å kunne komme frem med det som er unikt ved han, henne eller hen og de vanskelighetene de er i. Malin, psykisk helsearbeideren som møtte Sophia, har gitt oss hint om hvordan dette kan gjøres når hun har vist oss hvordan hun går sakte frem, stopper, venter, snakker uferdig, nøler osv., for å slippe Sophia til.

Livet – og psyko-sosialt helsearbeid – dreier seg da kanskje om å skape denne vekslingen mellom livliggjørende øyeblikk sammen med smutthull i den sosiale responsiviteten. Dette gjelder fra sekund til sekund i hele vår bevegelse gjennom livet og verden fra vi blir født til vi dør.

Referanser

- Asplund, J. (1987). *Det sociala livets elementära former*. Korpen.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics*. University of Minnesota Press.
- Bakhtin, M. (1990). *Art and answerability*. University of Texas Press.
- Buber, M. (1992). *Jeg og du*. Cappelen.
- Bøe, T. D. (2013). Stemmen og ansiktet. Bakhtin, Levinas og noen etiske refleksjoner omkring psykisk helse. I P. Leer-Salvesen & T. Mesel (Red.), *Makt og avmakt: Etiske perspektiver på feltet psykisk helse* (s. 93–109). Portal Forlag.
- Bøe, T. D., Kristoffersen, K., Lidbom, P. A., Lindvig, G. R., Seikkula, J., Ulland, D. & Zachariassen, K. (2015). 'Through speaking, he finds himself... a bit': Dialogues open for moving and living through inviting attentiveness, expressive vitality and new meaning. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36(1), 167–187. <https://doi.org/10.1002/anzf.1092>
- Bøe, T. D., Larsen, I. B. & Topor, A. (2021). «Ikke la meg være i fred»: Om et comeback til sosial responsivitet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(3), 283–294. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-03-0>
- Ellingsen, S., Roxberg, Å., Kristoffersen, K., Rosland, J. H. & Alvsvåg, H. (2013). Entering a world with no future: A phenomenological study describing the embodied experience of time when living with severe incurable disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 165–174. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01019.x>
- Gannik, D. (2002). Situational disease: Elements of a social theory of disease based on a study of back trouble. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20(1), 25–30. <https://doi.org/10.1080/028134302317310741>
- Ingold, T. (2017). On human correspondence. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 23(1), 9–27. <https://doi.org/10.1111/1467-9655.12541>
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2021). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Universitetsforlaget.
- Kristoffersen, K. (2006). *Helsens sammenhenger: Helsefremmende prosesser ved kronisk sykdom*. Cappelen.
- Levinas, E. (1985). *Ethics and infinity: Conversations with Philippe Nemo*. Duquesne University Press.
- Lidbom, P. A., Bøe, T. D., Kristoffersen, K., Ulland, D. & Seikkula, J. (2014). A study of a network meeting: Exploring the interplay between inner and outer dialogues in significant and meaningful moments. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(2), 136–149. <https://doi.org/10.1002/anzf.1052>
- Lysberg, J. (2021). Video-stimulated recall som datainnsamlingsmetode. I F. Rusk (Red.), *Videoforskning på ulike læringsarenaer: Mangfoldig videodata i pedagogisk forskning og utvikling* (s. 81–99). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.153.ch4>
- Nind, M. (2016). Video stimulated recall, reflection and dialogue: Introduction to the method. *National Centre for Research Methods*. Hentet 18. september 2024 fra https://www.ncrm.ac.uk/resources/online/video_stimulated_research_methods/downloads/Introduction_to_methods_recall_reflection_dialogue.pdf

- Oxford English Dictionary*. (2020). Exist. Hentet 18. februar 2024 fra https://www.oed.com/dictionary/exist_v#
- Pirini, J., Matelau-Doherty, T. & Norris, S. (2018). Multimodal analysis. I *The Palgrave handbook of applied linguistics research methodology* (s. 639–658). Springer.
- Stern, D. (2007). *Her og nå: Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Abstrakt forlag.
- Stivers, T. & Sidnell, J. (2005). Introduction: Multimodal interaction. *Semiotica*, 2005(156), 1–20. <https://doi.org/10.1515/semi.2005.2005.156.1>
- Trevarthen, C. & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(1), 3–48. <https://doi.org/10.1017/S0021963001006552>
- Van der Kolk, B. (2020). *Kroppen holder regnskap*. Flux.
- Winterstø, W. (2020). *Samspillsøyeblikk på mikronivå: En kvalitativ studie av samspillsøyeblikks betydning for barn og unges psykiske helse* [Masteroppgave, Universitetet i Agder]. Upublisert.

Forfatteromtaler

Anders Johan Wickstrøm Andersen er professor med doktorgrad i folkehelsevitenskap fra Nordic School of Public Health i Göteborg. Han har arbeidet med utdanning, forskning og formidling siden midten av 1990-tallet, og har siden 2016 vært dekan ved Fakultet for helse- og idrettsvitenskap. Hans vitenskapelige arbeid sentrerer seg rundt psykisk helse og psykisk helsearbeid.

Therese Marie Andrews er forsker 1 ved Nordlandsforskning og er dr. polit. i sosiologi fra Universitetet i Bergen. Hennes forskning spenner over et bredt spekter av temaer innenfor velferds- og folkehelsefeltet. Aspekter knyttet til kropp og helse står her sentralt. Hun har også utforsket maktrelasjoner, spesielt forholdet mellom profesjonelle og brukere av velferdstjenester. Et annet omdreiningspunkt er analyser av begreper som helse, empowerment og medvirkning.

António Barbosa da Silva er professor emeritus i psykisk helsearbeid, helseetikk og systematisk teologi ved Ansgar Høyskole i Kristiansand. Han har tidligere vært dosent i religionsfilosofi ved Uppsala universitet, og professor i vitenskapsteori og helseetikk ved Nordic School of Public Health i Göteborg, professor ved Misjonshøgskolen og Universitetet i Stavanger. Hans forskningsinteresser inkluderer religionsfilosofi, religionsfenomenologi, religionsdialog, vitenskapsteori, hermeneutikk, helseetikk og kvalitative forskningsmetoder.

Bård Bertelsen er førsteamanuensis ved Institutt for psykososial helse ved Universitetet i Agder og psykologspesialist med lang erfaring fra arbeid i psykisk helsevern for barn og ungdom og familievern. I forskningen sin har han vært særlig opptatt av foreldres erfaringer i møte med velferdsinstitusjoner, samt nye måter å forstå og beskrive psykoterapi og psykisk helsearbeid på.

Tore Dag Bø er professor i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder og leder forskningsgruppen Dialogiske praksiser. Hans forskningsinteresser omfatter dialogiske, eksistensielle og etiske perspektiver innen psykisk helsearbeid.

Jan Georg Friesinger er førsteamanuensis ved Institutt for psykososial helse ved Universitetet i Agder. Hans forskningsinteresser inkluderer folkehelse, steder og psykisk helse, samt rus- og avhengighetsarbeid. Han leder forskningsgruppen *Samfunn, steder og psykisk helse*.

Jonas Højgaard Frydenlund er førsteamanuensis ved Universitetet i Agder. Hans forskningsinteresser inkluderer ungdom og utviklingsmuligheter, fravær fra skolen og unges bruk av generativ kunstig intelligens. Han har en sterk interesse for vitenskapsteori, spesielt nyere poststrukturalisme og praksisteorier.

Silje Haugland er førstelektor i vernepleie ved Universitetet i Agder. Hennes vitenskapelige interesser dreier seg om miljøterapeutisk arbeid, positiv atferdsstøtte, anvendt atferdsanalyse og relasjonelle ferdigheter i tjenester til personer med ulike funksjonsvariasjoner.

Siri Håvås Haugland er professor i psykososial helse ved Universitetet i Agder og instituttleder på samme sted. Hennes forskningsinteresser inkluderer oppvekstvilkår, vanskelige barndomshendelser, foreldres alkoholbruk, livsbelastninger og helse, marginalisering fra skole og arbeidsliv, sosial ulikhet og psykososial helse blant barn og unge.

Odd Kenneth Hillesund er universitetslektor, klinisk sosionom og har en klinisk master i familierapi. Hans forskningsinteresser inkluderer utviklingen av terapeutiske praksiser og hvordan hjelperrollen tilpasses i et samfunn i endring, samt hvordan praksis og erfaringer fra praksis kan integreres på en god måte i høyere utdanning.

Venke Frederike Johansen er dr.philos. fra Det Psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen og førsteamanuensis emerita ved Universitetet i Agder. Hennes forskningsfelt inkluderer håndtering av alvorlig sykdom,

begrepene åpenhet og privat/offentlig-dimensjonen, samt studier av kampanjer og markedsføringsstrategier i ideelle og kommersielle virksomheter.

Helen Kolb er høyskolelektor i psykologi og interkulturelle studier ved Ansgar høyskole. Kolb forsker på resiliens, der hennes hovedfokus er hvordan og hvorfor barn som har vært utsatt for vold i nære relasjoner i det norske samfunnet, kommer seg igjen etter disse traumatiske hendelsene. Hun har særlig vært opptatt hva barn som har vært utsatt for vold i nære relasjoner, selv mener har vært nyttig for dem, både hvordan og hvorfor.

Inger Beate Larsen er professor emerita ved Institutt for psykososial helse ved Universitetet i Agder. Hennes forskningsinteresser inkluderer steder og psykisk helse, samt perspektivforståelser relatert til rus- og avhengighetsarbeid.

Per Arne Lidbom er førstelektor med doktorgrad ved Universitetet i Agder. Han er psykologspesialist med lang klinisk erfaring, og forskningsinteressene er innen dialogisme og dialogiske praksiser i familierapi og psykisk helsearbeid.

Janne Lund er førsteamanuensis ved Institutt for sosiologi og sosialt arbeid ved Universitetet i Agder. Hennes forskningsinteresser omhandler barn og ungdoms psykososiale helse, sosialøkologiske og institusjonelle forståelser av barn og unges liv, utdanning og mestring. Hun leder forskningsgruppen *Institusjonell etnografi*.

Siv Kristine Schrøder er førsteamanuensis ved Institutt for psykososial helse ved Universitetet i Agder. Hun har flere års erfaring fra arbeid i den kommunale og statlige barnevernstjenesten. Hennes forskningsinteresser inkluderer barnevern, barns og unges medvirkning, samt psykososial helse med vekt på sosiale faktorerets betydning for barns psykiske helse. Hun leder forskningsgruppen i *Dialogiske praksiser*.

Hildegunn Marie Tønnessen Seip er førsteamanuensis i psykologi og interkulturelle studier ved Ansgar høyskole. Hun har en doktorgrad fra Universitetet i Oslo, og var tilknyttet ved Avdeling for barn og unges psykiske helse ved Sørlandet sykehus i PhD-perioden. Hun har forsket på

flerspråklighet, integrering og korsang og dans som ressurser for fellesskap og vekst i religiøse og kulturelle sammenhenger, chat som lavterskelhjelp til unge, og kommunikasjon i hjelpemøter.

Carsta Simon er professor ved Institutt for psykososial helse ved Universitetet i Agder. Etter psykologistudier i Tyskland, Sverige og USA har hun en doktorgrad i atferdsanalyse fra OsloMet – storbyuniversitetet. Hennes forskningsinteresser inkluderer hvordan organismers atferd og deres miljø påvirker hverandre, relasjonen mellom naturlig seleksjon og ontogenetisk seleksjon av atferd, voksnes språkbruk i samtaler samt den konseptuelle bakgrunnen til atferdsvitenskap som naturvitenskap.

Anne Brita Thorød er dosent emerita i psykisk helsearbeid ved Institutt for psykososial helse, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap. Hennes forskningsinteresse er barnefattigdom, antrozoologi og psykisk helse.

Alain Topor er psykolog og professor emeritus ved Universitetet i Agder. Han har en doktorgrad med en avhandling om recovery, basert på intervjuer med personer som har kommet seg. Hans forskningsinteresser inkluderer hva som hjelper mennesker i deres recovery-prosess, hva profesjonelle kan gjøre for å bidra, og menneskers materielle forhold.

Dagfin Ulland er seniorforsker ved Avdeling for barn og unges psykiske helse ved Sørlandet sykehus, og er professor emeritus ved Universitetet i Agder innen religion, etikk og samfunn med vekt på religionspsykologi. Hans forskningsinteresser inkluderer ekstatisk religiøsitet, og eksistensielle og kulturelle spørsmål i behandling.

Erna Ulland er førstelektor emerita i psykisk helsearbeid ved Institutt for psykososial helse, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap. Hennes forskningsinteresse er barn og psykisk helse.

John-Kåre Vederhus er forsker ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus og professor II ved Universitetet i Agder. Hans forskningsinteresser inkluderer behandlingsforskning om rusmiddelavhengighet, brukerbaserte ressurser og selvhjelpsgrupper, livskvalitet,

pårørende til mennesker med rus- og psykisk helseutfordringer, samt barndomstraumer og konsekvenser i voksenalder.

Wenche Winterstø er spesialsykepleier, Marte Meo og familieterapeut med master i psykisk helsearbeid. Hennes forskningsinteresser er samspillsøyeblikks betydning for barn og unges psykiske helse i en dialog- og nettverksbasert tilnærming.