

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 terapisamtale 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 kontekstuellet 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 sann 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 samtaleterapi 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 muntlig karakteren. 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 terapisamtalen 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 terapisamtalen 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 samtالene 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 integrert 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 utforskingen 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>