

sjoner der det er spenninger eller potensial for spenninger som har sammenheng med makt og ansvar (s. 44).

Dette resonnementet bør ikke bare gjelder psykologen i terapirommet, men også i det offentlige rom. Som Øvreeide skriver: «Psykologiske teorier og forskningsresultater blir ofte brukt i subtile diskurser om skyld» (s. 44). Det er grunn til å være redd for at inntrykket som fester seg i befolkningen, er at vi som har psykologfaglig kompetanse, forsvarer makthaverne som trakasserer – ikke de som trenger det mest, nemlig de som utsettes for maktovergrep.

Som psykologer må vi forholde oss til makt og maktdynamikk, og være bevisste hvordan vår kunnskap oppfattes og brukes i det offentlige ordskiftet.

Selv om det ikke står noe i EPNP om hvilken side man burde ta i offentlige debatter, vil jeg likevel argumentere for at vi har et etisk ansvar for å forsvare «den svake part», i den forstand at det er de som utsettes for maktovergrep. Hvorfor er det så forsvinnende få som har vist til den psykologiske forskningen som forteller hvordan det er å utsettes for denne typen overgrep? Eller hvor vanskelig det må være å varsle? Det fremstår for meg som om forskningen gir et rimelig klart bilde av hvor tøft det er å stå i begge situasjoner.

Noen psykologer vil mene at det er meningsløst å bidra med dette perspektivet i mediedebatten fordi det er helt åpenbar kunnskap. Det er jeg uenig i. Ser vi i kommentarfeltene til #metoo-sakene, ser vi flere som ikke vurderer seksuell trakassering og varsling som belastende. Det er også viktig å ikke undervurdere betydningen av at nettopp psykologer er med på å utdanne befolkningen i hva trakasseringsofrene nå står i.

Seksuell trakassering og overgrep er noe mange psykologer jobber med, og har spesialkompetanse på. Vi må både gjøre det tydelig hvor hardt det er å utsettes for seksuell trakassering, hvor krevende det er å varsle – og hvor viktig det er å støtte opp om personer som står i denne situasjonen. Her er det mange med lang erfaring og kompetanse. Jeg oppfordrer dere til å dele denne med offentligheten. ❌



## ME-debatten trenger ikke være så betent

Den offentlige debatten knyttet til ME røper noe om vårt forhold til fysisk og psykisk sykdom.

**ELINE LIE HÆREID**, psykolog

### KRONISK UTMATTELSESSYNDROM

**ME-DEBATTEN BÆRER PREG** av å være polarisert. De friske føler ikke at de blir trodd, og de syke føler ikke de blir tatt på alvor. Kjernen i diskusjonen handler om hvorvidt ME er en sykdom som kan behandles med psykologiske metoder, eller om ME primært er en fysiologisk tilstand som må behandles på lik linje med annen sykdom, som f.eks. kreft.

Noen mener at ME er en fysisk sykdom, men at den likevel kan behandles med psykologiske behandlingsmetoder. Her er vi inne i et komplekst felt der det ikke finnes klare skillelinjer mellom det vi anser som fysisk og psykologisk betinget. Ofte tenker vi at dersom en sykdom kan behandles med psykologiske metoder, kan den ikke være fysisk fundert.

Mitt perspektiv, både i lys av å ha ME-diagnosen selv og å være psykolog, er at ME primært er en fysiologisk tilstand, men at den kan bedres, for noen, med psykologiske metoder som har til hensikt å påvirke det autonome nervesystemet.

### BETENT DEBATT

Det mest interessante med ME-diskusjonen er imidlertid hva som skjer med oss når det finnes en viss usikkerhet om hvorvidt psykologiske metoder kan gjøre en frisk fra ME. Det snakkes om skyldfølelse blant de som for eksempel forsøker metoden Lightning Process uten hell. Når man mener at psykologiske metoder kan ha effekt, oversettes det noen ganger til at man må «ta seg sammen», og det kan oppfattes som ens egen feil hvis man ikke har klart å bli frisk.

Det er essensielt å finne den beste behandlingen for ME, og det er viktig å skille den fra andre lidelser som f.eks. depresjon, men jeg vil likevel påstå at debatten blir betent av noe helt grunnleggende: hvordan vi ser på og drar skillelinjer mellom fysisk og psykisk sykdom. Har fysisk sykdom høyere status enn psykisk sykdom? Blir fysisk sykdom tatt mer på alvor? Hvorfor føler vi mer skam og skyld rundt psykisk sykdom enn fysisk sykdom? Er det nødvendigvis lettere å bli frisk av psykisk sykdom enn fysisk sykdom? >>

### ULIK STATUS

Min oppfatning er at fysisk sykdom alltid har hatt høyere status enn psykisk sykdom. Når noe er forankret fysisk, føler vi ikke lenger at det er vår egen skyld, det er noe som har hendt oss, mens det psykiske kan vi gjøre noe med, det er vår egen feil. Det psykiske blir i større grad sammenvevd med personlighet og identitet.

Men er det egentlig sant at en person med angst eller depresjon skal skyldes på seg selv for sin måte å tenke eller handle på? Slik oppstår skam og skyld, og følelsen av at det er noe galt med en. Kan en person med ME puste lettet ut når hun får bekreftet at sykdommen først og fremst har forankring i det fysiologiske?

### UTENFOR VÅR KONTROLL

Det er blitt anslått at 40 prosent av de som lider av depresjon, kan være genetisk disponert for det (Faris, 2016; Douglas, Levinson, Walter & Nichols). Innenfor traumepsykologien finner vi en tilstand som kalles Global High Intensity Activation (GHIA): forhøyet autonomt alarmberedskap. Årsak kan være tidlige traumer som komplisert svangerskap, komplisert fødsel og høy feber (*Somatic Experiencing Trainer Manual*, 2017). Dette kan senere oppfattes som et personlighetstrekk (f.eks. «høysensitiv») heller enn tidlige traumer, fordi det blir en stabil tilstand for den som er rammet. Poenget med å vise til disse eksemplene er at psykiske lidelser kan komme av årsaker som er like mye utenfor vår kontroll og tankekraft som fysiske tilstander.

Hver enkelt sykdom har sin unike årsaksforklaring, med mange faktorer vi ikke har oversikt over. Det er blant annet gjort en studie ved

Universitetet i Lund som viste at kvinner med lite stressdempende hormon i kroppen hadde over tredobbelt risiko for brystkreft sammenlignet med de som hadde høyt nivå av hormonet (Melander et al., 2015). Kosthold kan være det som forverrer depresjon, og medisiner kan være tiltaket som gjør den deprimerte bedre. Så lenge vi er mennesker, er vi fulle av fysiologiske og psykologiske «feil» som ikke skyldes annet enn vår menneskelige natur, der gener møter psykiske og fysiske faktorer.

### ANSVAR, MEN IKKE SKYLD

Jeg mener at å snakke om skyld i seg selv er destruktivt. Å snakke om ansvar er konstruktivt. Uansett hvilke sykdom vi har, har det sammenheng med gener, miljø og livsstil. Hvordan vi forholder oss til sykdommen, hva vi gjør for å oppnå mulig bedring, eller hvordan vi velger å leve med den kroppen vi har, er vårt ansvar. Noen blir friske gjennom ulike tiltak, andre blir ikke det. Vi må respektere at hvert sykdomsforløp er unikt.

Hvis vi tenker at vi kan gjøre noe for å bli bedre eller helt friske fra en hvilken som helst sykdom, betyr det at vi ikke har gjort en god nok jobb om vi ikke opplever bedring? Dersom vi ikke selv aksepterer sykdommen, eller de rundt oss ikke respekterer de begrensningene som sykdommen gir, blir det en stor belastning for den som er syk. Derfor tror jeg både på respekt for de begrensningene man har, og tiltak som kan bedre livskvaliteten eller sykdommen i seg selv. Det er avgjørende med et mindre stigmatiserende forhold til psykologiske faktorer slik at vi vil kunne se mer nøytralt på hvordan de påvirker fysiske sykdommer. ✕

### REFERANSER

- Douglas F. Levinson, M.D. Walter E. Nichols, M.D., Depression and genetics. *Department of Psychiatry and Behavioral Sciences*. Stanford Medicine. Hentet fra; <http://depressiongenetics.stanford.edu/mddandgenes.html>
- Eriksen, H.R., Murison, R., Pensgaard, M., Ursin H. (2005). Cognitive activation theory of stress (CATS). *Psychoneuroendocrinology* 30, 933–938. Hentet fra; [https://www.researchgate.net/publication/7779512\\_Cognitive\\_activation\\_theory\\_of\\_stress\\_CATS](https://www.researchgate.net/publication/7779512_Cognitive_activation_theory_of_stress_CATS)

- Faris, S. (2016). Is depression Genetic? Medically reviewed by Legg, T.J., PhD, CRNP Hentet fra: <https://www.healthline.com/health/depression/genetic>
- Melander O., Orho-Melander, M., Manjer, J., Svensson, T., Almgren, P., Nilsson, P.M., Engström, G., Hedblad, B., Borgquist, S., Hartmann, O., Struck, J., Bergmann, A., Belting, M. (2015). Stable Peptide of the Endogenous Opioid Enkephalin Precursor and Breast Cancer Risk. *Journal of Clinical Oncology*. doi: 10.1200/JCO.2014.59.7682.
- SE-Foreningen (2017). *Somatic Experiencing Training Manual* (ikke offentlig tilgjengelig).