

# Ungdommens følelser og møtet med den instrumentelle fornuften

Den instrumentelle fornuftens metoder - enten det er medisinerer, plastisk kirurgi eller kognitiv atferdsterapi - gir hjelp uten å gå veien om ungdommens livshistorier. Slik hindres ungdommen i å oppdage sin egen individualitet, selv om symptombedring oppnås i øyeblikket.

TEKST

Per Are Løkke

PUBLISERT 5. mars 2011



**FANGET:** - Tenk positivt, for det er noe feil med mine tanker, sa hun til seg selv. Det negative var forbudt, og hun avbrøt ethvert forsøk på å sette ord på sine vansker i livet. Slik hindret språket henne å komme i kontakt med de følelsesmessige utfordringene hun sto i overfor familie, venner og kjærester. Foto: Flickr/ Jason Brennan

Den vestlige kulturen har iverksatt et gigantisk medisinsk eksperiment. En foruroligende økning av barn og ungdom diagnostiseres og medisineres i stadig yngre alder. Medisineringen har økt eksplisivt i de fleste europeiske land, med USA som et sikkert forbilde. Jeg ønsker å vise at medisinerer inngår og begrunnes i et større idegrunnlag som vi kan kalle den instrumentelle fornuft. Her blir symptomer mer forstått som et teknisk problem enn som en del av den livssituasjon mennesket befinner

seg i. Den instrumentelle fornuftens metoder kan lett (mis)brukes av en helsetjeneste på jakt etter effektivitet og et samfunn som fremelsker ytre mål og konsum som verdier.

**«I krisens kjerne ligger muligheten for ungdommen til å oppdage sitt unike liv. Hva skjer når vi ikke lenger ser viktigheten av at de lever seg igjennom denne krisen?»**

Medisinering blir som oftest diskutert i forhold til ADHD og bipolare lidelser, men terskelen for å medisinere barn og ungdom med andre symptomer, for eksempel søvnvansker, depresjon, angst, tvangsadferd og forskjellige former for uro, er senket dramatisk. Medisinering av barn og ungdom er i ferd med å bli kulturelt akseptert. Mitt utgangspunkt er fem forskjellige historier om ungdom, som alle tidligere hadde mottatt hjelp for sine problemer. To var medisinert for depresjon, en var medisinert for søvnvansker, en ventet på plastisk kirurgisk behandling, og en ventet på å begynne i kognitiv adferdsterapi med en utmattelseslidelse (ME).

Den instrumentelle fornuftens metoder gir hjelp uten å gå veien om ungdommens livshistorier. Dermed stenges muligheter for ungdommen til å oppdage egen individualitet, selv om symptombedring oppnås i øyeblikket. Ikke bare medisinering, men også plastisk kirurgi og kognitiv adferdsterapi, fremstår i denne forstand som anti-individualistiske metodikker. Dette blir særlig tydelig i møte med ungdom som behandles instrumentelt for sine første livskriser. I krisens kjerne ligger muligheten for ungdommen til å oppdage sitt unike liv, og dermed forbinde seg med en helt nødvendig kilde. Hva skjer med ungdommen når vi som kultur ikke lenger ser viktigheten av at den lever seg igjennom denne krisen?

### **Ungdom - et kort utviklingsperspektiv**

Ungdomsfasen markerer et farvel med barndommen. Kropp, seksualitet og identitet er i endring. Vi er vitne til en dobbelt adskillellesprosess. For det første flytter ungdommen sitt følelses- og fantasiliv fra familien og ut i en større verden med jevngamle. Dette kommer ofte til uttrykk som en lukking av det intime rommet som er vendt mot familien. For det andre begynner ungdommen å kjempe mer med foreldrene og andre voksne om den egne selvstendighetens rettigheter og grenser. Mange dramaer oppstår i kjølvannet av disse endringsprosessene.



**ENS EGEN FEIL:** Mange ungdommer føler det er noe feil med kroppen, tankene, evnene eller personligheten deres. hjelpeindustrien er raskt på banen for å møte de unges ønske om raske løsninger og fornyelse, og tilbyr piller, skalpell eller kognitive øvelser som skal gjentas til problemet er fordrevet. Foto: Flickr/ Unfurled

Ungdommen kastes nå ut på et opprørt hav der de gjennomgår en rekke prøvelser og møter store og små kriser. Den franske psykoanalytikeren Françoise Dolto skriver i boken «De unges sag»(1990) at ungdommen gjennomgår en mutasjon, et hamskifte, slik hummeren skifter skall. Sårbarhet er uunngåelig, og ofte mer smertefull jo vanskeligere barndommen har vært. Det er derfor svært viktig for resten av livet hvordan denne krisen blir taklet. Her er det for første gang mulighet å møte sine sår og følelsesstormer alene og utvikle gode modeller til å leve med livets realiteter uten å miste tro og drømmer.

«Det instrumentelle perspektivet er kortsiktig,

**målrettet og derfor et utålmodig perspektiv. Det Johan trengte for å åpne seg, var noe helt annet»**

Mitt poeng er enkelt: Symptomer som depresjon, angst, tvang, adferdsproblemer, anoreksi, søvnløshet, raserianfall og uro peker alltid mot dramatiske livssituasjoner som ungdommen har behov for å bli møtt på. Symptomene er døråpninger inn til dem selv. Hva skjer når samfunnets ideologier stenger disse veiene? Ungdommen jeg forteller om i den videre teksten, viser oss hva som står på spill når deres livsdrama blir møtt instrumentelt.

### **Den deprimerte Anne**

Anne gikk siste året på videregående. Hun var deprimert, plaget av lav selvfølelse og følte seg aldri flink. Hennes liv var allerede spunnet inn i et edderkoppnett av negative tanker. Hun skåret høyt på depresjonstesten MADR og ble medisinert av sin fastlege. Medisinen dempet depresjonen, men den dempet også alt annet. «Jeg føler ikke noe mer,» fortalte hun. En av bivirkningene var søvnløshet, og medisinering var også diskutert i forhold til dette.

**«Materialismens vilje til behag har blitt en verdi i seg selv. Mens psykisk arbeid omkring konflikter og smerte fremstår som et unødvendig fokus, en negativ psykologi»**

I samtalen ble hennes liv tydeligere. Hun hadde et vanskelig, men godt forhold til begge sine foreldre. Tanken på å leve alene og klare seg selv virket skremmende.

Avhengigheten til moren var svært omfattende. Hun opplevde depresjonen første gang i syv års alder, da hun forsto at moren en gang kom til å dø. Hun følte seg også sterkt knyttet til faren, men samtidig sviktet av ham. Han bodde alene etter skilsmissen. Hennes sårbarhet og sinne var knyttet til at hun ikke så noen tegn på at faren forsto hennes opplevelser. Tvert imot var det hun som støttet ham.

I ungdomsperioden økte redselen for ikke å være likt og følelsen av å ikke være bra nok. Hun gikk med en kronisk følelse av usikkerhet, og følte at hun tapte på alle vellykkethetsmål; penhet, kropp, skole, idrett, venner og kjærester. Fremtiden virket stengt. Noen sporadiske kjærlighetsforhold bekreftet grunnmønstrene. «Klamre seg til en å være sammen med» og «følelsen av å bli sviktet». Hun fortalte også, riktignok etter en tid, om vitale sider ved seg selv som ikke stemte med den forsiktige og redde jenta hun presenterte seg som. Hun var sterk, temperamentsfull, konfronterende og veldig prinsipiell i sine meninger. Hun hadde vanskelig for å tilgi, men brukte mye krefter på å skjule vitaliteten i sine emosjonelle reaksjoner.

Bak Annes depresjon ser vi blant annet:

1. Adskillelseproblematikk overfor mor
2. Avvisningsproblematikk overfor far
3. Diverse konflikter overfor venner og kjæreste
4. Selvfølelseproblematikk
5. Skjulte sider av sinne, temperament og ambisjoner

I nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon fremholdes kognitiv adferdsterapi og medisinerer som den paradigmatisk behandling. Behandlingen bør være «strukturert» og knyttet til «målrettet aktivisering» som inngir «håp og mestringstro» og samtidig begrenser «tiden som brukes til gjentakende og demoraliserende grubling». Anne var i begynnelsen av terapien identifisert med denne biomedisinske fagsjargongen. «Det gjelder å tenke positivt», «Det er mine tanker det er noe feil med», «Jeg må ikke gruble sånn på det vanskelige», «Har jeg en sykdom som jeg vil være plaget med resten av livet?» og «Jeg er livredd for å gå av medisineren».

Den instrumentelle ideologien hadde lært henne å tenke bort fra seg selv. Hun var fanget av et språk som hindret henne i å komme i kontakt med de konkrete emosjonelle utfordringene hun sto i overfor familie, venner og kjærester. Det var derfor svært vanskelig for henne å uttrykke sine opplevelser, fordi hun hele tiden avbrøt seg selv.

Da Anne erfarte at hun fikk lov til å være i det «negative», ble det også gradvis tydeligere hva hennes livsproblemer handlet om. Hun ble i stand til å skille mellom forskjellige tilstander og følelser. Redselen for å miste det nære forholdet til moren var forskjellig fra redselen for å bli avvist av faren, som igjen var forskjellig fra redselen hun følte overfor sine behov for å bli tydeligere i verden. Hun oppdaget også at hver og en av disse indre arenaene krevde løsninger som ikke var standardiserte, og som hun selv måtte utvikle.

Den instrumentelle løsningen oppfordrer til en abstraksjon («å kople seg fra sine følelser») som gir uheldige bivirkninger. Anne økte sin kompetanse til å kople seg fra negative tanker. Men samtidig blokkerte hun dermed også muligheten til å finne ut og differensiere hvor og hvorfor hun sto fast i sin «ungdomskamp». Hennes problem var jo i utgangspunktet at hun ikke visste hva hun følte og opplevde bak den konstante strømmen av selvkritiske tanker. Den eneste muligheten til å finne mer ut av dette var å gå inn i det negative og ikke kople seg fra det.

## **Rebellen Johan**

Johan var deprimert. Bare 15 år gammel forsøkte han å ta sitt eget liv. Han hadde vært sterkt medisinerert i fire år. I denne perioden satt han taus og alene foran datamaskinen. Skolen hadde han avbrutt. Først etter et år med samtaler to ganger i uka var det mulig å tegne en vag skisse av hans verden. Han følte seg alltid ufattelig ensom, og som han sa: «Jeg lever i et ødeland uten mennesker, og selvmordet er den logiske konsekvens av denne opplevelsen.» Han våget ikke å bry noen med sin egen eksistens og ville derfor bare passe inn, være usynlig, forsvinne, dø. Johan følte seg allerede gammel. Bildene av

oppveksten, foreldrene og søsknene var vage og uklare. Gode karakter på skolen var det eneste han kunne holde frem som hadde vært viktig for ham. Første gang ønsket om å dø dukket opp, var i syvende klasse, da han ikke lenger var den beste i engelsk. Når han ikke lenger var best i klassen, begynte hele hans liv å bryte sammen.

**«Da er ikke psykologien lenger et speil for det moderne mennesket, og mennesket må lete andre steder dersom de ønsker noe mer enn teknisk support for sine livsproblemer»**

Etter et år med samtaler sluttet han med medisiner. Følgende sider kom da gradvis til syne:

1. En rebell som ønsker å krangle med alt og alle om de minste detaljer
2. En utadvendt person som både er intens og morsom
3. En person med store ambisjoner
4. En person med brennende konkurranseinstinkt
5. En selvutslettende lojalitet overfor en deprimert mor

Johan hadde som Anne identifisert seg med den biomedisinske ideologien. Han var i perioder overbevist om at han led av en uhelbredelig sykdom som han ville være lenket til resten av sitt liv.

Han beskrev også et annet aspekt ved det instrumentelle perspektivet. Det er kortsiktig, målrettet og derfor også et utålmodig perspektiv. Det Johan trengte for å åpne seg, var noe helt annet. Han trengte å bli møtt med tålmodighet, at noen satt sammen med han i hans taushet, at noen tolererte hans følelser av mangel på aktivitet, liv og mening, at noen tålte og bekreftet hans opplevelse av å leve i et ødeland uten å tilby forhastede løsninger.

Vi ser at symptomet ikke utgjør kjerneproblemet, men snarere en dør inn til kjernen av ungdommens livsdrama. Bak Johans depresjon ser vi først et ødeland, men dette ødelandet skjulte igjen andre deler av han selv. Gradvis kom et voldsomt kraftfelt av ambisjoner, konkurranseinstinkt og evner til syne, men ledsaget av en invalidiserende angst for å ta større plass i verden. Det vokste også frem et sterkt opprør mot «de» som hadde utredet, diagnostisert, medisinert og satt navn på ham. Alle gjettet hvem han var, men ingen brukte den nødvendige tiden på å bli kjent med ham. Raseriet han kjente, ble samtidig en drivkraft til å bryte ut av det stumme rommet han hadde søkt tilflukt i.

### **Hilde og plastisk kirurgi**

Hilde var seksten år og hadde nettopp blitt enig med sin familie og legen om å operere brystene, men under forutsetning av at hun snakket med en psykolog først. Allerede i

første time fortalte hun om et intenst psykologisk drama. Hun var brennende sjalu på sin kjæreste og klarte ikke å tenke på noe annet enn sitt skrekksenario: at hun oppdaget kjærestens blick «suge inn» andre jenters bryster. Hun overvåket ham hele tiden; på gaten, i sosiale sammenhenger, når han bladde i magasiner eller så på TV. Sammenlikningens forbannelse var hennes lidelse, og hun syntes alle andre jenter hadde flottere bryster enn henne selv. Plastisk kirurgi hadde etter hvert vokst frem som selve redningen på hennes problem. Med større bryster ville hun endelig klare å fange kjærestens blick.

Etter noen flere samtaler begynte nok et drama å tegne seg. Hun hadde fremdeles følelser overfor en tidligere kjæreste. Hun savnet ham og sammenliknet ham ofte med sin nåværende kjæreste. Disse tankene ga henne sterke samvittighetskvaler, og en dag dukket plutselig en uutholdelig tanke opp: «Tenk om min kjæreste sitter slik som jeg gjør og tenker på en annen. Det holder jeg ikke ut!» Fra den dagen ble hun «besatt» av sjalusi.

Følgende drama dukker frem bak symptomet dårlig kroppsbylde:

1. Intens sjalusi overfor kjæresten
2. Hun savnet ekskjæresten og hadde ingen toleranse for den skyld hun kjente for dette
3. Rivalisering med en bror i oppveksten
4. En oppvekst med stor vektlegging på fasade

Hilde kom til psykolog for å få en bekreftelse på at hun var sterk nok til å tåle en plastisk operasjon. I denne bestillingen lå det et premiss om at det var en feil med henne. Mange ungdommer ber om hjelp med dette som utgangspunkt. De føler at det er noe feil med kroppen, utseendet, tankene, evnene eller personligheten deres. De er ikke bra nok som de er. Det er som om deres selvvurdering er styrt av en «falsk gud» som fordømmer deler av eller hele deres person. Den franske dikteren Charles Baudelaire fanger presist inn denne smertefulle erfaringen i uttrykket «lenket til idealets grav» (Baudelaire, 1993:106). Det er vel heller ikke tvil om at vårt samfunn med alle sine idoler fremelsker «syke idealer», og at ungdom er særskilt eksponert for disse.

Metoder som kun fokuserer på symptomene, står i fare for å understøtte den falske guden fremfor å svekke den. Ungdommens rop om hjelp via symptomene blir forstått altfor bokstavelig. Hjelpeindustrien imøtekommer her ungdommens umiddelbare behov og gir tilbud om at raske løsninger og fornyelse ikke er langt unna. For bak Hildes ønske om nye bryster ligger hennes egen besettende sjalusi, og bak den igjen ligger det savnet som hun ikke kan vedstå seg. Hennes problematikk henger igjen sammen med rivalisering med en bror og oppvekst i en familie der det ytre betyr svært mye. Når hjelpen blir for symptomorientert, forsvinner dette «rommet bakenfor», og dermed også hele innholdet i Hildes ungdomskrise.

## **Jorun og søvnproblemer**

Jorun var 16 år og henvist med diagnosen forsinket søvnfasesyndrom. Sovemedisinen hjalp med en gang, men over tid var søvnproblemene bare blitt verre.

Problemene startet i begynnelsen av videregående, da foreldrene ble skilt. Begge fant raskt nye partnere og fikk nye barn. Hun følte at det ikke var plass til henne i de nye familieenhetene. Hun vandret mellom to familier og følte seg som et uekte barn. I denne perioden kranglet hun mye med begge foreldrene og søkte venner som også hadde det vanskelig. Hun lå ofte alene på rommet og gråt over at livet hennes var blitt totalt forandret. Hun opplevde at både moren og faren var blitt «fjerne» og ikke lenger tok hensyn til henne. Faren hadde ikke engang gitt henne et eget rom, og hun opplevde at han var svak og underkastet seg sin nye kone. Forholdet til moren var åpent, men samtidig følte hun seg som en belastning. For moren hadde selv problemer og hadde brukt antidepressiver i mange år.

Bak Joruns søvnproblemer ser vi:

1. Skilsmisseproblematikk
2. At mor selv hadde vært deprimert og medisinert
3. Hun var et «troll» som avviste og straffet foreldrene
4. Alle var mer glad i henne enn hun trodde

Når Jorun kom til samtale, var hun mest opptatt av søvnproblemene sine. Hun var forvirret fordi utredningsinstanser, leger og psykologer hadde gitt henne så forskjellige råd om søvnen. Var det riktig å bruke medisin eller ikke? Hvilke medisiner hjalp, hvis de overhodet var til hjelp? Hva er egentlig forsinket søvnfasesyndrom? Hun kjempet en daglig kamp om å legge seg til rett tid, telle timene hun hadde sovet, og jaktet på å finne den riktige søvnrytmen. Foreldrene var også svært involvert i hennes søvnproblemer, og det var knyttet mange konflikter til dette. Og dette intense fokuset på søvn skjøyde Joruns ungdomskrise og emosjonelle drama i bakgrunnen.

Et typisk trekk ved symptomer er at de umiddelbart kan virke uforståelige. Det oppleves som om noe fremmed har tatt bolig i ungdommens kropp, følelser og tanker. Selv om Jorun levde midt i et skilsmisshedrama, knyttet hun ikke sine symptomer til denne opplagte konteksten. Det er slik symptomene virker, der de avlaster bevisstheten for emosjonelle realiteter som ungdommen ikke mestrer å mentalisere.

De instrumentelle metodene tar imidlertid parti med symptomet, og forsterker avledningsmanøvrene med sine abstraksjoner. Jorun og hennes foreldre var blitt instruert av symptomspesialister til å fokusere på symptomet søvn. I stedet for å knytte symptomet til Joruns emosjonelle verden trekker den instrumentelle hjelpen bevisstheten bort fra dette forholdet. Hun får vite at hun lider av et syndrom og blir eksponert for en rekke medisiner og teknikker som skal mildne eller fjerne symptomet. Da er det også en fare for at det normale patologiseres, for Joruns søvnløshet var en helt naturlig reaksjon på at hennes gamle liv var brutt i sammen.

## **Karianne og den magiske ME-kuren**



Karianne var 14 år. Hun hadde alltid vært flink på skolen, men aller flinkest i idrett. Siden hun var syv år, hadde hun trent aktivt i tre idretter. På en vanlig dag sto hun opp seks og trente før skolen. Etter skolen gikk hun samvittighetsfullt hjem og gjorde leksene sine. Så kjørte faren henne til trening, enten det var dans, håndball eller fotball. Ofte var det to treninger på en dag. Om kvelden var det gjerne mer lekser. Faren var svært involvert i alle hennes aktiviteter. Han fungerte som en slags coach. «Jeg sa alt til far,» fortalte hun.

En dag sa det stopp. Kroppen orket ikke mer, og hun følte seg utslitt hele dagen. Hun fikk diagnosen utslitthetssyndrom (ME), og hun skulle begynne i en behandling som kalles The Lightning Process (LP). Det er en variant av kognitiv adferdsterapi. Karianne var i tråd med dette overbevist om at hun led av samme sykdom som også tanten hadde, og de skulle begge få hjelp til å tenke seg friske. I mellomtiden kom hun til meg for å snakke om noen mindre problemer med kjæreste og venner.

Første gang hun opplevde at kroppen ikke orket mer, var under en konkurranse. Hun var klar for finalen og skulle for første gang stå helt alene foran mange fremmede mennesker. Hun beskrev hvordan hun begynte å skjelve over hele kroppen idet hun tittet ut på publikum gjennom en dørsprekk fra garderoben. «Alle kreftene bare rant ut av meg,» fortalte hun, «og de har aldri kommet tilbake».



**AVVIKLING:** De instrumentelle metodene avviker det psykiske livets betydning, og tilsidesetter terapiformer bygd på autentisitet og langsiktighet. I stedet styres behandlingsfeltet av veiledere, manualer, kontroll og dokumentasjon, alt underlagt de forlokkende begrepene evidens og effektivitet. Da forsvinner det viktigste spørsmålet vi kan stille pasienten: Hvem er du? Foto: Flickr/ D. SharonPruitt

Hun opplevde også at hun ble mer og mer sint på faren. Bare synet av han kunne gi en følelse av kvalme. Hun led samvittighetskvaler over dette, og farens skjørhet forsterket ytterligere skyldfølelsen. Faren ble svært lei seg når datteren ble sint, og det var åpenbart at han ikke var beredt til å takle adskillellesprosessen som var i emning.

Bak Kariannes utslitthet ser vi:

1. En naturlig utslitthet over flere år
2. Et symbiotisk forhold til en utrygg far som ikke tåler raseri og adskillelse

### 3. Prestasjonsangst

Jeg er overbevist om at det er et økende press på barna når det gjelder ferdigheter og talenter. Det satses tidlig på å bli flink, og vi får en monokultur med hovedfokus på trening, prestasjoner og karakterer. Dette kan gå bra i mange år. Men for mange sier kroppen plutselig stopp. Den orker ikke mer og sier nei. Da forteller symptomet at noe er galt, da er symptomet et varsel, et tegn som peker på viktigheten av å stoppe opp og tenke over livet i sin helhet.

Karianne identifiserte seg sterkt med den instrumentelle forklaringen. Hun var overbevist om at hennes utslitthet stammet fra sykdommen ME, som igjen var oppstått og utløst av et virus fra kyssesyke. Hun fortalte meg allerede i første time at det ikke var noen forbindelse mellom utslittheten og hennes emosjonelle drama. Dermed ble kroppens signaler ikke annet enn tegn på sykdom.

**«Som behandlere er vi ikke objektive eller nøytrale formidlere av den mest effektive metoden. Vi er selv med på å skape ungdommens verden med våre metoder»**

Instrumentelle forklaringer avsymboliserer symptomene. Symptomene blir ikke lenger fortolket som beskjeder om at ungdommen står midt i uløste emosjonelle dramaer, noe som kan få dramatiske konsekvenser for ungdommens liv. De mister muligheten til å lære seg å forstå kroppens signaler. Og de mister muligheter til å oppfatte at symptomene inneholder skjulte og svært viktige beskjeder om det livet de lever. Det er bekymringsfullt at en ny helseideologi tukler med ungdommens livsviktige varslingsystemer og kroppens naturlige språk.

#### **Symptomer som tomme tegn**

Intervensjoner som medisinerer, kognitiv adferdsterapi og plastisk kirurgi kutter den symbolske forbindelsen mellom symptomet og pasientens livsverden. Alt settes inn på å redusere symptomet, og oppmerksomheten trekkes bort fra de problemkompleksene som regjerer i ungdommens indre og ytre landskap. Det gis forklaringer som ligger utenfor pasientens egne opplevelser, for eksempel søvnsyndrom, biologisk sårbarhet, uhensiktsmessige tankemønstre eller utmattelsessyndrom utløst av kyssesyke. Løsningen på problemene blir derfor også utvendig, enten det er i form av en pille, skalpell eller en instruert aktivitet (kognitive øvelser) som ungdommen selv må repetere for å forsøke å fordrive problemet.

I mine øyne kutter de instrumentelle metodene forbindelsene til flere meningsdimensjoner:

1. Symptomene blir ikke forstått i lys av pasientenes unike opplevelser og livshistorier.
2. Samfunnets patologier og krenkelser blir aldri trukket inn som elementer i en forståelse av symptomet.
3. Familiens patologier og krenkelser blir ikke trukket inn som elementer i en forståelse av symptomet.
4. Ungdomsfasens særegenhet inngår ikke i en forståelse av symptomet.
5. Utviklingspsykologien blir ikke brukt for å forstå symptomet.
6. Ungdommens egne «negative» krefter – slik som straff, utagering, sjalusi eller misunnelse – blir ikke tematisert og knyttet til symptomet.
7. Ungdommens ressurser, evner, ambisjoner og egenskaper, som ofte ligger «begravd i det negative», tematiseres ikke.
8. Ungdommens eget ansvar for å bære og forstå egen smerte forsvinner i et forbrukerperspektiv der alle har rett til rask hjelp for å bli kvitt symptomene sine.

Vi er vitne til en dramatisk utryddelse av mening, der kunnskap som er forbundet med de humanistiske og fortolkende vitenskaper, settes til side. Når det komplekse subjektet, lidelsens mening, erfaringene, familien, kjønn, klasse, samfunnet, tiden og historien oppheves som kategorier for å forstå ungdommen, står vi igjen med et livsdrama redusert til det Charles Taylor (2008) i boken *Autentisitetens etikk* kaller noe trivielt:

Vi kan bare definere vår identitet på bakgrunn av ting som betyr noe. Bare dersom jeg eksisterer i en verden der historie, naturens krav, mine medmenneskers behov, medborgerlige plikter, kall fra Gud eller noe annet av tilsvarende karakter har avgjørende betydning, er det mulig å definere en identitet som er noe mer enn triviell. (Taylor, 2008 : 53)

### **Trivialiseringen av ungdommens liv**

Trivialiseringen av ungdommens livsverden har mange sider. Når diagnosen depresjon eller angst settes på en ungdom, og behandling iverksettes etter anbefalte nasjonale retningslinjer, forsvinner ikke bare det unike ved den enkelte ungdommens liv, men også det spesifikke ved ungdomsfasen. Da forstås og behandles ungdom på samme måte som voksne individer. Slik er dagens helseparadigme med på å utslette de viktige symbolske grensene og forskjellene mellom generasjonene.

Ungdomsfasen er først og fremst strukturert av en utpreget idealisering. Ungdommen adskiller seg fra familien og barneidentiteten ved å overføre sine relasjoner og ambisjoner ut i en større verden. De «lever seg ut» i gruppen av jevngamle med et ønske om å finne kilden til et liv med identitet og mening. Kjærlighet, vennskap, ideer og selvvurdering blir i denne perioden idealisert på en slik måte at ungdommen er dømt til å bli skuffet. Når skuffelsene oppstår, utløses også angsten, raseriet, selvskadingen og depresjonene. Ungdommen føler seg frarøvet «tro og drømmer». De overveldes av emosjonelle dramaer og mister følelsen av retning, mening og mestring.

For meg er det viktig å bekrefte ungdommen i et språk som forteller at de lider fordi skuffelsene midlertidig har tilintetgjort deres «tro og idealer». De føler seg retningsløse og har mistet kontakten med følelsen av å være på en reise mot et viktig mål. Hvordan de takler ungdomskrisen, blir derfor svært viktig. I smertene de opplever, ligger også kildene til deres egen unike personlighet. Barndommens sår og hverdagslivets mange konflikter fremstår da som utfordringer de må takle for å kunne gjenfinne retningen på livet sitt. I et overordnet perspektiv får symptomene mening på et nivå som ligner de utfordringer den greske sagnhelten Odyssevs møtte på sin lange reise hjem. Først når ungdommene har gjennomlevd, forstått og løsrevet seg fra det emosjonelle kraftfeltet de sitter fast i, kan de fortsette på reisen mot å bli voksen.

Alle ungdommene jeg forteller om, hadde stoppet opp i livet. De sto overfor emosjonelle konflikter som måtte løses før de kunne fortsette reisen mot individuering og autentisitet. Å behandle ungdom innenfor et slikt perspektiv er radikalt forskjellig fra det biomedisinske paradigmet. Å reise videre mot voksenlivet med en styrket følelse av å ha møtt, løst og forstått emosjonelle konflikter er en helt annen følelse enn å reise videre med en diagnose i sekken.

### **Modernitetens spenninger**

Jeg har beskrevet to forskjellige måter å forstå og behandle ungdommens symptomer på. Det instrumentelle perspektivet gir hjelp ved å konfrontere symptomet direkte. Det emosjonelle perspektivet gir hjelp ved å konfrontere livshistorien. Er det mulig å forstå bedre hva denne forskjellen bunner i? Den canadiske filosofen Charles Taylor regnes som en av de mest betydningsfulle deltagerne i debatten om det moderne samfunnets egenart. I bøker som «Autentisitetens etikk» (2008) og «Sources of the Self» (1989) viser han at kampen mellom tilhengerne av «den instrumentelle fornuft» kontra «romantikken i alle dets forskjellige former» er et av det moderne livets store idebrytninger. Den instrumentelle fornuften er kjennetegnet av den type rasjonalitet vi benytter når vi kalkulerer den mest økonomiske anvendelsen av midler for å nå et gitt formål. Maksimum effektivitet og best mulig kostnad/utbytte er da målestokken for suksess. Når denne type fornuft invaderer medisinen, psykologien og helsesektoren, blir ikke mennesker lenger sett på som hele personer med unike livshistorier, men mer som steder der et teknisk problem skal løses. Metoder som medisinerer, kognitiv adferdsterapi og plastisk kirurgi er alle på hver sin måte barn av den instrumentelle fornuft.

Som motsetning til dette rasjonelle og mekaniske synet på mennesket har den romantiske tradisjonen kjempet frem en annen visjon om mennesket. Denne tradisjonen viser oss at det menneskelige subjekt verken kan forstås, forklares eller behandles instrumentelt. Det vesentlige ved mennesket er tvert imot forestillingen om at hver enkelt av oss har en særegen måte å være menneske på, og det igjen innebærer at hver og en av oss må oppdage hva det er å være seg selv. Dette originalitetsprinsippet – eller idealet om autentisitet – blir da en av de viktigste sidene ved det å være et menneske. Og i dag kjempes det en viktig fagkamp mellom de som møter pasientene ut

fra ideen om et originalitesprinsipp, og de som møter pasientene ut fra den instrumentelle fornuft.

## **Subjektivismen**

Charles Taylor påstår at autentisitetsidealet ikke bare er truet av den instrumentelle fornuft, men også av det han kaller subjektivisme. Det er viktig å se at han fremholder at autentisitet og dialog er to uadskillelige størrelser. Vår tenking er plantet i en kropp, den er dialogisk, gjennomsyret av følelser og reflekterer den kulturen vi er en del av. Subjektivisme derimot er den form for individualitet som forbrukersamfunnet fremelsker, og som ungdommen lett kan bli et offer for. Subjektivismen er narsissismen i alle dens former og dyrker frem en livsstil basert på selvspeiling, umiddelbar tilfredsstillelse og trivialitet. Subjektivismen oppstår når autentisiteten forfaller.

Subjektivisme er selvfølgelig også en naturlig og sunn del av ungdomslivet. Problemet oppstår når også den voksne kulturen utvikler seg i en subjektivistisk retning. Da utviskes forskjellene mellom voksenlivet og ungdomslivet, og ungdommen møter ikke den type motstand og utfordring som er nødvendig for utvikling og vekst. Mange forfattere har påpekt at vår tids materialisme fremelsker subjektivismen (Baumann, 2007; Lasch, 1991). Denne materialismen bygger på et økonomisk regime som konstant utvikler varer og tjenester som tilfredsstiller våre øyeblikkelige behov, og samtidig skaper nye behov. Slik fremstår materialismen som et gigantisk apparat for behovstilfredsstillelse der viljen til behag har blitt en verdi i seg selv. Psykisk arbeid omkring konflikter og smerte fremstår i denne verdiskalaen som et unødvendig og mørkt fokus, en negativ psykologi.

Det instrumentelle helseperspektivet bekrefter og forsterker denne subjektivismen. Medisinering, plastisk kirurgi og kognitiv adferdsterapi går langt i sine lovnader om raske effekter og symptomlette. Disse metodene spiller på tidens subjektivistiske strømninger. Men vi trenger bare å vende oss mot våre ungdommer for å se at dette ikke er annet enn ønskedrømmer. For hvordan kan antidepressiver hjelpe mot Annes adskillelse og avvsningsproblemer; hvordan kan antipsykotisk middel hjelpe mot Johans eksistensielle tomhet; hvordan kan plastisk operasjon hjelpe Hildes utrygghet; hvordan kan søvnmedisin hjelpe Jorun å bearbeide sine familieproblemer; hvordan kan Karianne bli bra av å lære seg enda mer programmert adferd?

## **Autentisitet**

Autentisitet forteller oss at hvert enkelt menneske huser en unik, kompleks, subjektiv verden. Denne subjektive verdenen utvikles, oppdages og skapes i møter og sammenstøt med andre mennesker, kultur og samfunn. Når utviklingen av autentisitet settes i sentrum av behandlingen, blir symptomene forstått som tegn og symboler som peker i to retninger. Symptomet peker mot menneskets indre verden, mot kroppen, følelsene, fantasiene, drømmene og tankene, mot en original og mangetydig verden. Men samtidig peker symptomene også mot menneskets ytre verden, mot de viktige nære menneskene, mot samfunn og kultur. Slik sett er symptomene svangre med

mening, de skjuler språk, de er «veikryss» med forbindelser i mange retninger, de er tegn i en stor vev, de er del av en større helhet.

Ikke bare den instrumentelle fornuften, men også subjektivismen stenger veiene for ungdommen til å oppdage sin egen autenticitet ved å kutte de symbolske forbindelsene mellom symptomene og det som skjer i den indre og den ytre verden. Det vesentlige ved subjektivismen er at den er under kommando av et kroppslig imperativ, der ønsket om umiddelbar tilfredsstillelse står i sentrum. Viljen til behag og ønsket om å slippe unna ubehag blir styrende prinsipper i den enkelte. Å gå veien fra symptom til smertefulle livserfaringer vil i en slik horisont fortone seg som meningsløst. Hvorfor oppsøke sorgen når det er så mye annet jeg kan gjøre? Livet handler da ikke lenger om å finne mening eller bli autentisk, men om å innta den materielle kulturens varetilbud. Konsumenten er materialismens ektefødte barn. Når konsumenten er angstfull og skjelvende, knytter han ikke nevene mot samfunnsmakten eller søker Gud. Han søker heller ikke forståelse eller svar fra den indre verdenen. Han fyller seg isteden med koldtanretning, øl, medikamenter, dop, sigaretter, kino, tv, data, sex, solstudio eller valium.

Symptomer og ubehag settes ikke i forbindelse med en indre verden eller spørsmål i den ytre. Ubehaget refererer ikke til minner, hukommelse eller historier. Det skapes ingen eksistensielle spørsmål som må besvares. Livets uunngåelige paradokser, gåter, konflikter og lengsler eksisterer ikke som utfordringer. Symptomet er redusert til en ting i seg selv, et problem som må fjernes raskest mulig. Dermed fjernes også veiene som fører frem til autenticiteten. Subjektivismen har vunnet.

### **Svekkelsen av autenticiteten**

Både subjektivismen og den instrumentelle fornuften fokuserer bort fra det livsområdet der autenticiteten blir til. Vi er vitne til en avsymbolisering av det menneskelige universelle drama, noe som igjen fører til en svekkelse av subjektet. Det nye positive og positivistiske språket omkring symptomer etterlater ungdommens psyke i et vakuum. De utvikler ikke evnen til å lide – «they can feel the pain, but not suffer it» (Reiner, 2009 : 43). De utvikler ikke tanker som kan romme og fordøye vonde følelsesmessige erfaringer. De utvikler ikke et sinnelag som evner å favne livets universelle realiteter, høyder og dybder. De får hjelp, men ikke hjelp til modning og individuering. Ungdommen lærer å objektivere seg selv, lærer å fungere og smile, men de klarer ikke å utvikle de nødvendige psykiske egenskapene som skal til for å bære «det negative» i eget liv. I stedet vokser alle former for avhengigheter, depresjoner, konsentrasjonsvansker og rastløshetssyndromer frem i epidemiske størrelser. Dette vitner om en kultur som ikke evner å vise veien til sunn utvikling og vekst.

### **Hva skaper robusthet i ungdom?**

Som behandlere er vi ikke objektive eller nøytrale formidlere av den mest effektive metoden. Vi er selv med på å skape ungdommens verden med våre metoder. Og da må

vi spørre oss om hva ungdommen trenger dersom de skal få mulighet til å bevege seg mot det autentiske.

**«Psykologien fremstår i stadig større grad som økonomiens logrende hund, og utvikler seg som en av de fremste aktørene for å avvikle og stenge veiene inn til autenticitetens kilder»**

Den franske psykoanalytikeren Julie Kristeva hevder at evnen til adskillelse, evnen til å sørge og evnen til en god tilknytning utgjør «treenigheten» og bærebjelkene i en robust individualitet og psyke.

Western cultures are deprived, especially, of the discourses of love, loss, and separatedness that are necessary for being with others and for discourses to have meaning and value. (Beardworth, 2004, s. 57)

Dersom vi bruker denne «treenighetsmodellen» på Anne, ser vi at hun ikke våger å adskille seg. Hun henger igjen både i mor og far. Det et stort arbeid Anne må gå igjennom for å løse sin adskillelsesproblematikk overfor begge to. Hun møter da straks spørsmålet om hvor hun skal gjøre av kompliserte opplevelser som «redselen for å dø», «redselen for å miste», «redselen for ensomhet» og «redselen for selv å avvise».

Også de andre ungdommene står overfor et stort arbeid. Johan må våge å bevege seg. Ved å ta mer plass møter han straks vanskelige følelser som skyld, ensomhet, raseri og angst. Bak sjalusien til Hilde ser vi sammensatte følelser omkring tilknytning og adskillelse. Jorun har opplevd at adskillelse knuste det trygge livet hun levde i, og må se at verden allikevel kan gå videre, og at hun selv er med på å skape den distansen hun hater gjennom sine straffeoperasjoner. Karianne må finne ut om det er sunt å fortsette med livsstilen hun har levd, samtidig som hun står i et uavklart adskillelsesdrama med faren.

Bevegelsen mot autenticitet krever et stort psykisk arbeid av hver enkelt ungdom. Symptomene peker mot komplekse dramaer og livsscener omkring tilknytning, adskillelse og sorg. På disse relasjonsscenene ser vi at ungdommene opplever uutholdelige følelser som skyld, angst, lengsel, verdiløshet, forvirring, avmakt, ensomhet og raseri. For å erkjenne og bearbeide disse følelsene trenger de terapeuter som har tid, rom og nok undring til å ta imot deres «livdramaer». Da først kan ungdommen selv lære at det lønner seg å møte følelser fremfor å flykte fra dem. Det er mange ganger vondt, men sjelden farlig å møte seg selv.

**Vil den terapeutiske samtalen opphøre?**



Det er i dag sterke føringer fra helsemyndighetene om å arbeide mer effektivt, manualisert, instrumentelt og kortsiktig. Det er samtidig sterke kulturelle føringer som går i retning av subjektivismen. Instrumentelle metoder kan da lett inngå og bli en del av en kulturell strømning som avviker det psykiske livets betydning. Disse metodene overbeviser med sin evidens og sine effektivitetskalkyler, og virker forlokkende på både helsebyråkrati og mennesker som søker hjelp.

En dramatisk konsekvens av dette er at «det åpne rommet» hvor behandlingsmetodene er styrt etter originalitetsprinsippet, ikke lenger får støtte fra helsemyndighetene. En hel tradisjon av terapier bygd på prinsipper om autentisitet og langsiktighet kan bli tilsidesatt, noe som alt har skjedd i andre land (Reeder, 2010). Vi ser at terapifeltet i tiltagende grad blir styrt av veiledere, standardisering, implementering av programmer, manualisering, fastlagte rammer, kontroll og dokumentasjon. I dette apparatet av automatisering og administrering forsvinner det viktigste av alle spørsmål vi kan stille pasienten: Hvem er du?

Alle ungdommene fortalte om behandlere som startet behandling uten å spørre når og i hvilken livssituasjon symptomene opptrådte for første gang. De fortalte om behandlere som fremsto som symptomsannsigere. De fortalte om behandlere som var ivrige etter å medisiner og manualisere, men ikke viste interesse for deres liv. Når dette spørsmålet ikke stilles, stenges veiene mot autentisiteten. Dermed oppstår det et stort paradoks i vårt behandlingsfelt. Å bli seg selv eller være autentisk er vår kulturs sentrale verdi på individnivå. Hva skjer dersom et helsebyråkrati alliert med de instrumentelle teknikker avviker denne muligheten innenfor et offentlig system? Da er ikke psykologien lenger et speil for det moderne mennesket, og mennesket må lete andre steder dersom de ønsker noe mer enn teknisk support for sine livsproblemer.

### **Et savnet språk**

Å bli seg selv er en kompleks og uendelig prosess av selvuttrykk og selvrefleksjon. Den store interessen for Karl Ove Knausgårds bøker tyder på at det er et påtrengende behov i kulturen for at individets sammensatte livskamp settes i sentrum og uttrykkes i andre språk enn trivialitet og diagnoser. Jeg tror dagens mennesker bærer i seg et stort savn etter språk, symboler, bilder og visjoner som viser menneskelivets store kompleksitet, dybder og høyder. Det er merkelig å være vitne til hvordan de anti-individualistiske metodene stadig vinner frem i vårt behandlingsfelt. Dermed forsterker psykologien tendensene til flukt og automatisering som vår tid allerede er så fanget av. Det er betenkelig at psykologien i stadig større grad fremstår som økonomiens logrende hund og utvikler seg som en av de fremste aktørene for å avvike og stenge veiene inn til autentisitetens kilder. 1

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 48, nummer 3, 2011, side 242-250*

#### **TEKST**

**Per Are Løkke**, psykolog i privatpraksis

## + Vis referanser

### Referanser

- Baudelaire, C. (1993). . Askim: Valdisholm forlag.
- Baumann, Z. (2007). . London: Wiley.
- Berdworth, S. (2004). . New York: New York Press.
- Dolto, F. (1990). . København: Forlaget Fremad.
- Dolto, F. (1988). . Århus:Hans Reitzels Forlag.
- Guignon, C. (2004). . New York: Routledge.
- Kristeva, J. (2009). . New York: Columbia University Press.
- Lasch, C. (1991). . London: W.W. Norton & Company.
- Rainer, A. (2009). . London: Karnac books.
- Reeder, J. (2010). . Stockholm: Norstedts.
- Symington, Ne. (2002). . London: Karnac Books.
- Taylor, C. (1989). . New York: Cambridge University press.
- Taylor, C. (1998). . Oslo: Cappelen.