



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Egenerfaring med psykiske vansker hos helsepersonell

En scoping review

Tore Ødegård

Masteroppgave i helsefaglig utviklingsarbeid

Mai 2022





Photo by [Mockup Graphics](#) on [Unsplash](#)

*Mellom barken og veden
finnes det hos trær et tynt vekstlag som kalles kambium.
Vekst hos trær skjer med utgangspunkt i dette tynne vekstlaget.
Fra kambium vokser det et bastlag utover og et vedlag innover.
Bastlaget sørger for transport av næring fra bladene og nedover til stamme og røtter.
Vedlaget sørger for transport av vann og mineraler fra røttene og oppover til bladene.
Kambium er et ord vi har fra latin som betyr 'bytte, skifte, vekslings'.
I dette vekstlaget er det en vekslings som bidrar til vekst for både barken og veden.*

(Botanisk- og plantefysiologisk leksikon, UiO, Institutt for biovitenskap)

Sammendrag

Bakgrunn: Etterspørsel etter erfaringsmedarbeideres kunnskap og kompetanse innen psykisk helsefeltet reiser spørsmål om hvordan helsepersonell som har egenerfaring med psykiske vansker skal forholde seg til denne i sin yrkesutøvelse.

Hensikt: Formålet med denne studien har vært å utforske hvordan forskning har undersøkt egenerfaring med psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet.

Metode: Egenerfaring med psykiske vansker hos helsepersonell er i liten grad er avgrenset og definert. Scoping review er benyttet som rammeverk for denne undersøkelsen av forskningslitteraturen. Søk etter litteratur er gjort i to databaser (CINAHL, PsycINFO) og via referanselister. Av totalt 238 artikler og tekster ble 34 inkludert. Dette er tekster med svært ulike formater og studiedesign.

Funn: Følgende tema var mest fremtredende i den inkluderte litteraturen: «egenerfaring som problem eller ressurs», «stigma» og «oss-og-dem-skillet». Stigma og det etablerte skillet mellom «oss-og-dem» fremstår i litteraturen som en betydelig tematikk og barriere. Helsepersonell med egenerfaring ser i hovedsak på dette som en ressurs. Samtidig blir det sett på som uprofesjonelt å dele av egne erfaringer. Egenerfaring som kunnskapsform aktualiseres og drøftes.

Abstract

Objective: The demand for peer-supporter's knowledge and competence in the field of mental health raises questions about how mental health personnel with lived experience with mental health problems should relate to this in their professional practice.

Purpose: The purpose of this study has been to explore how research has examined lived experience with mental health problems in health personnel in the field of mental health.

Method: Lived experience with mental health problems in health professionals is to a small extent limited and defined. Scoping review is used as a framework for this study of the research literature in this field. Search for literature is done in two databases (CINAHL, PsycINFO) and in reference lists. Out of 238 articles and texts, 34 were included. These are texts of very different formats and study designs.

Findings: The following topics were most prominent in the included literature: «lived experience as a problem or resource», «stigma» and «the us-and-them-devide». Stigma and the established demarcation between «us-and-them» appear in the literature as a significant theme and a barrier. Mental health professionals with lived experience mainly see this as a resource. At the same time, it is seen as unprofessional to share one's own experiences. Lived experience as a form of knowledge is actualized and discussed.

Forord

Takk til min arbeidsgiver Universitetssykehuset i Nord-Norge og min arbeidsplass Medikamentfritt behandlingstilbud for permisjoner og muligheten til å gjennomføre denne seilasen. På mange måter begynte og fortsetter dette prosjektet nettopp i dette stimulerende og utforskende arbeidsfellesskapet.

Takk til Rolf Andreas Markussen som gjennom kyndig veiledning har loset meg og dette prosjektet i havn. Du har pekt på muligheter, seilingsmerker og seilingsvalg som jeg ikke ville oppdaget på egen hånd, og på en sånn måte at jeg har stått til rors.

Takk til referansegruppa som har bestått av Annika Alexandersen, Vår Benum, Mariann Jessica Knudsen og Trond N. Bjerke. Dere har vært viktige mannskap særlig i siste halvdel av denne seilasen og bidratt med verdifulle refleksjoner, samt vært min realitetssjekk med terrenget.

Takk til kone, kjæreste og reisefølge for livet, Bente. Til tross for utallige bunker med bøker, papirer og skriblerier i byssa, har du hatt en ukuelig tro på prosjektet og relevansen i det.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Egen bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Bakgrunn og springbrett	2
1.2.1 Erfaringskonsulenter i en historisk kontekst	4
1.2.2 Evidensbasert kunnskap og praksis	5
1.3 Prosjektets relevans	6
2. Teoretisk perspektiv	7
2.1 Kunnskapsbegreper i gresk filosofi	7
2.2 Indeksert og personlig kunnskap	8
2.3 Evidensbasert kunnskap og praksis	9
3. Metode	12
3.1 Forskningsspørsmålet	13
3.2 Søkeprosess, utvalg og inkludering av litteratur	14
3.3 Kartlegging av datamaterialet	16
3.4 Sortering, sammenstilling og oppsummering av funn	16
3.5 Referansegruppe og konsultering	17
4. Presentasjon av funn	18
4.1 Publiseringsdato, -land og studiedesign	18
4.2 Funn fra tematisk analyse	19
4.3 Helsepersonells egenerfaring undersøkt som problem eller ressurs	20
4.3.1 Hvor stammer begrepene fra?	21
4.3.2 «The impaired professional», «the wounded healer» og «den usårbarlige terapeuten»	22
4.3.3 Oppsummering av egenerfaring undersøkt som problem eller ressurs	34

4.4 Stigma og egenerfaring med psykiske vansker hos psykisk helsearbeidere	37
4.4.1 Stigmabegrepets etymologi og historie	37
4.4.2 Stigma som holdninger - stereotyper, fordommer og avsky.....	39
4.4.3 Den potensielt miskrediterte	41
4.4.4 Stigma som et individuelt fenomen	43
4.4.5 Stigma som et sosialt fenomen	46
4.4.6 Stigma som handling	50
4.4.7 Oppsummering av stigmabegrepet i den inkluderte litteraturen	52
4.5 «Oss-og-dem»-skillet.....	55
4.5.1 «Othering» og «boundary work».....	55
4.5.2 Et etablert «oss-og-dem»-skille og tydeliggjøring av dette.....	58
4.5.3 Utvisking eller dekonstruksjon av «oss-og-dem»-skillet	60
4.5.4 Grensetrafikk og forhandlinger om grenseskillet	61
4.5.5 Oppsummering av «oss-og-dem»-tematikken.....	64
5. Diskusjon.....	66
6. Avsluttende bemerkninger	73
Referanseliste.....	75
Vedlegg	87

1. Innledning

Målet med dette mastergradsprosjektet har vært å utforske hvordan forskningslitteraturen har undersøkt egne erfaringer med psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet.

Noen få norske studier har undersøkt tematikken fra ulike innfallsvinkler (Hoel et al, 2021; Jensen 2007, 2008; Olkowska, 2013; Siqveland & Jensen, 2022). Det finnes imidlertid per idag ingen kunnskapsoppsummering på norsk av litteraturen på dette området.

Problemstilling:

Hvordan har forskning undersøkt egenerfaring med psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet: En scoping review

For å undersøke denne problemstillingen vil jeg ta utgangspunkt i rammeverket for scoping review slik den er beskrevet hos Arksey & O'Malley (2005). Det fenomenet og det objektet som undersøkes er forskningslitteraturen i bred forstand og hvordan denne har undersøkt egenerfaring med psykisk vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet.

Det er særlig to satsinger innen helsefeltet som har aktualisert problemstillingen og som utgjør et springbrett for det jeg vil undersøke. Det ene er satsingen på evidensbasert kunnskap og praksis. Det andre er sterkere recoveryorientering av psykiske helsetjenester gjennom ansettelse av erfaringskonsulenter. Begge offensivene har satt spor i psykisk helsefeltet både nasjonalt og internasjonalt. Det er flere sider ved disse to satsingene som tilsynelatende står i motsetning til hverandre og som synes å peke i hver sin retning. I dette spenningsfeltet tar dette prosjektet sats.

1.1 Egen bakgrunn for valg av tema

I 2016 ble jeg ansatt som spesialsykepleier og fagutvikler ved et nyopprettet medikamentfritt behandlingstilbud i psykisk helsevern. Ved rekruttering av helsepersonell til denne nye enheten var egenerfaring en kompetanse som ble etterspurt. Dette skjedde parallelt med at det også ble lyst ut egne stillinger for erfaringskonsulenter. Omlag halvparten av de ansatte har idag egne erfaringer med psykiske vansker eller som pårørende til mennesker med psykiske

vansker. Selv om erfaringskompetanse hos ansatte var en ønsket kompetanse ved etableringen av enheten, var det ingen klar eller entydig forståelse av hvordan denne kompetansen skulle forstås eller anvendes i praksis. Egnerfaringer med psykiske vansker som egen form for kompetanse og hvilke implikasjoner den kan ha for praksis har pirret min nysgjerrighet til å utforske denne tematikken nærmere.

En del av behandlingstilbudet ved enheten er et gruppetilbud som har flere likheter med recovery colleges i England (Thériault et al., 2020; Whitley et al., 2019). I vår enhet er dette et dialogbasert gruppetilbud hvor både pasienter og ansatte oppfordres til å dele av egne erfaringer. Etablering av slike arenaer hvor både pasienter og ansatte deler av egne erfaringer er relativt nytt i norsk psykisk helsearbeid. Her kan læring gå flere veier og kunnskapen eies ikke nødvendig av de med formell profesjonsutdanning. I en slik setting utfordres helsepersonell sin forståelse av seg selv som de profesjonelle og som ekspertene (Eriksen & Storesund, 2019). Å arbeide i spenningsfeltet mellom klassiske kunnskaps- og profesjonshierarkier og en annerledes, utprøvende praksis har gitt meg inspirasjon og mot til å ta løs på dette prosjektet. Jeg vil nå vende tilbake til satsingen på erfaringskonsulenter, som er et av mine springbrett inn i denne tematikken.

1.2 Bakgrunn og springbrett

I nasjonal veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, «Sammen om mestring», er tilsetting av medarbeidere med brukererfaring et anbefalt tiltak for å styrke brukerperspektivet i tjenestene og for å fremme en recoveryorientert praksis (Helsedirektoratet 2014). Fra 2016 er det tydelige forventninger om å øke bruken av erfaringskompetanse i helsetjenesten, blant annet gjennom systematisk utprøving av erfaringskonsulenter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I forlengelsen av dette har det vært en klar økning i ansettelser av erfaringskonsulenter i psykisk helsefeltet (Ose & Kaspersen, 2020). Samtidig som dette har vært en ønsket helsepolitisk utvikling, kan man også forstå fremveksten av erfaringskonsulenter i lys av økende påtrykk fra pasienter og brukerorganisasjoner om at deres egne erfaringer må utgjøre en større del av kunnskapsgrunnlaget for praksis. Utviklingen kan forstås i forlengelsen av en tydelig dreining

mot økt medbestemmelse, lovfestet rett til brukermedvirkning og satsingen på «pasientens helsetjeneste», hvor samvalg (eng. shared decision making) er et uttalt mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Erfaringskonsulenter ansettes i roller hvor det forventes at de skal bruke av sine egenerfaringer med psykiske vansker og levd liv (Klevan et al., 2018; Skjeldal, 2016; Weber & Frahm Jensen, 2016). De ansettes på bakgrunn av at de har relevante erfaringer, for eksempel gjennom selv å ha vært tjenestemottakere eller som pårørende til mennesker med psykiske vansker. Denne systematiske utprøvingen av erfaringskonsulenter har skjedd uten noen forutgående klargjøring av hva egenerfaringer som kompetanse kan innebære.

Etterspørsel etter erfaringskompetanse reiser også spørsmål om hvordan helsepersonell som har egenerfaring med psykiske vansker skal forholde seg til denne i sin egen praksis (Adame et al, 2017). I en rapport om erfaringsmedarbeidere fra 2018 påpekes følgende: «Et viktig område er å undersøke hvordan fagpersoner forstår og bruker erfaringskunnskap i samarbeid med brukere og pårørende» (Klevan et al, 2018:9). Rapporten var trolig noe av grunnlaget for et pilotprosjekt om helsepersonells egenerfaringer i regi av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Resultater fra pilotprosjektet ble publisert i en artikkel i 2021 (Hoel et al, 2021). I forlengelsen av pilotprosjektet gjennomførte FOU-avdelingen ved Psykisk helsevern (Ahus) en tverrsnittundersøkelse hvor 431 helsearbeidere svarte på en spørreundersøkelse om personlige erfaringer med psykiske vansker (Siqveland & Jensen, 2022).

For mange er det kontroversielt at helsepersonell innen psykisk helsefeltet deler av egne erfaringer med psykiske vansker i møte med pasientene. Helsepersonell læres i stor grad opp til ikke å dele fra eget liv og til å ha en profesjonell distanse til pasientene hvor egne livserfaringer i liten grad anvendes i terapeutisk praksis (Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on Psychopathology 2001). Helsepersonells anvendelse av egne erfaringer med psykiske vansker i klinisk praksis er et område som i liten grad har vært diskutert og utforsket. I den grad helsepersonell har et reflektert forhold til egne erfaringer med psykiske vansker, har disse refleksjonene i liten grad kommet til uttrykk gjennom det offentlige ordskiftet eller debatter innad i fagmiljøet. Denne tendens gjenspeiles også i mangelen på empirisk granskning av temaet (Rønnestad, 2008).

Den målrettede satsingen med å ansette erfaringsmedarbeidere i psykisk helsefeltet ble igangsatt uten at spørsmål knyttet til helsepersonells egenerfaringer med psykiske vansker i tilstrekkelig grad har blitt drøftet. Denne manglende drøftingen har pirret min nysgjerrighet og er utgangspunktet for dette prosjektet. Selv om erfaringskonsulent er en relativt ny rolle i psykisk helsefeltet, er ansettelser av mennesker med egne relevante erfaringer innen helsefeltet ikke en ny idé.

1.2.1 Erfaringskonsulenter i en historisk kontekst

Innen rusfeltet har ansettelser av rusterapeuter med egenerfaring forekommet siden 1960-tallet (Klevan et al, 2018). Erfaringsmedarbeidere som selv har erfaring med rusavhengighet har særlig innen Minnesotamodellen vært et vesentlig element (Åkerblom et al, 2020). I Minnesotamodellen er ettervern i selvhjelpsgrupper en vesentlig del av tilbudet. I disse selvhjelpsgruppene er deling av egne erfaringer med rus og bedringsprosesser et bærende terapeutisk virkemiddel (Mallow, 1998).

Selv om systematisk utprøving av erfaringsmedarbeidere i psykisk helsefeltet er av nyere dato, har liknende initiativ eksistert lenge (Perkins & Repper, 2019). Legen Philippe Pinel som arbeidet ved det psykiatriske sykehuset i Paris på slutten av 1700-tallet foretrakk å ansette tidligere pasienter (Davidson et al., 2010). Lignende initiativ har forekommet flere ganger opp gjennom historien (Davidson et al., 2010). Begrepet peer-supporters er det begrepet som i hovedsak benyttes internasjonalt for å beskrive denne rollen. Knyttet til psykisk helsefeltet nevnes det første gang i litteraturen på begynnelsen av 1990-tallet (Davidson et al., 2012).

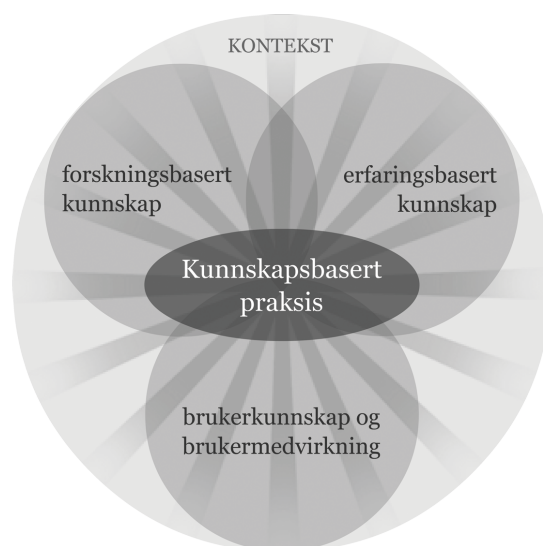
Selv om det fra 1980-tallet er et økende fokus på å likestille erfaringskunnskap med annen fagkunnskap i statlige føringer, er det først i 2015 at systematisk utprøving av erfaringskonsulenter settes på den helsepolitiske dagsorden i Norge (Klevan et al, 2018). De ansettes med klare forventninger om å bruke av sine egne erfaringer med psykiske vansker og erfaringer som tjenestemottakere både på systemnivå og i klinisk arbeid. Vi vet imidlertid at forekomsten av psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsearbeid ikke er mindre enn i befolkningen ellers (Edwards & Crisp, 2017; Harris et al, 2016; Siqueland & Jensen, 2022).

Undersøkelser blant psykologer og sosionomer i USA tyder på en høyere forekomst av psykiske vansker hos psykisk helsearbeidere enn ellers i befolkningen (Bike et al 2009; Nachshoni et al., 2008). Forskning har imidlertid i liten grad undersøkt hvordan helsepersonell forholder seg til egne erfaringer med psykiske vansker og eventuelt bruker denne erfaringskunnskapen i sin yrkesutøvelse.

1.2.2 Evidensbasert kunnskap og praksis

Debatten om evidensbasert kunnskap og praksis har pågått de siste 15-20 årene (Alvsvåg, 2009; Terum & Grimen, 2009). I denne debatten har forholdet mellom evidens og praksis, og mellom evidens og skjønnsutøvelse særlig blitt diskutert. Tidligere leder av NAPHA (Nasjonalt senter for psykisk helsearbeid i kommunene) hevder at den pågående debatten «er en av de viktigste kamparenaene for hva som er gyldig kunnskap i det psykiske helsearbeidet» (Hatling, 2011:147).

Sentralt i sirkelmodellen for evidensbasert praksis er de tre komponentene: forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap/ brukermedvirkning. Dette er en modell for «å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon» (Folkehelseinstituttet, 2020). Sirkelmodellen gir inntrykk av at disse tre kunnskapsformene vektet likt og er likeverdige komponenter i det som samlet presenteres som kunnskapsbasert praksis.



www.kunnskapsbasertpraksis.no

I modellen fremkommer det imidlertid svært lite om hva slags kunnskapsforståelse som legges til grunn for begrepene erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Ekeland, 2009). Av de tre komponentene er det kun for den forskningsbaserte kunnskapen at det finnes klare

kriterier for kvalitet. Hatling (2011) påpeker at styrkeforholdet er høyst ujevnt og at det å sidestille disse tre kunnskapsformene i realiteten er å kamuflere den faktiske ulikheten i styrke. Det ujevne styrkeforholdet forsterkes ytterligere ved at erfaringskunnskapen rangerer lavest i kunnskapshierarkiet for forskningsbasert kunnskap (Hatling, 2011).

Modellen for evidensbasert kunnskap og praksis har blitt introdusert parallelt med satsingen på erfaringsmedarbeidere i psykisk helsefeltet. Med en klar vektlegging av evidensbasert kunnskap står dette i motsetning til en dreining mot mer erfaringsbasert kunnskap. Disse to statlige offensivene synes derfor å dra i to vidt ulike retninger. Dette prosjektets undersøkelse av hvordan forskning har undersøkt egenerfaring hos helsepersonell i psykisk helsefeltet skjer nettopp i dette spenningsfeltet.

1.3 Prosjektets relevans

Forskning som har undersøkt egenerfaring med psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet er begrenset. Det finnes per idag ingen kunnskapsoppsummering over dette feltet på norsk. Som nevnt innledningsvis finnes noen få norske studier. Innen familieterapifeltet er det nasjonalt gjort noen enkeltstudier som ser på terapeuters bruk av egne narrativer i familieterapi (Jensen, 2007, 2008; Olkowska, 2013). Det finnes også noen få norske studier innen psykoterapifeltet som har undersøkt egne erfaringer med psykiske vansker og terapi hos psykoterapeuter (Bernhardt et al, 2019; Råbu et al, 2021). Siste tilskudd er to tverrsnittsstudier av personlige erfaringer med psykiske vansker og rusproblemer hos helsepersonell i psykisk helse og rusfeltet (Hoel, 2021; Siqveland & Jensen, 2022).

På tross av et helsepolitisk fokus over flere tiår på betydningen av å vektlegge erfaringsbasert kunnskap har vi begrenset kunnskap om egenerfaring med psykiske vansker hos psykisk helsearbeidere i Norge. Det er et felt som i liten grad har blitt utforsket. Manglende kunnskap og utforsking av egenerfaring med psykiske vansker hos psykisk helsearbeidere danner derfor et bakteppe for denne studien. Det er derfor av relevans å studere hvordan forskning har undersøkt egenerfaring med psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet?

2. Teoretisk perspektiv

Tor Johan Ekeland hadde et innlegg i Morgenbladet i 2013 hvor overskriften var «Kampen om kunnskapen». I dette innlegget stiller Ekeland skarpt på spørsmålet om psykosen kan forstås best utenfra eller innenfra. I sin kritikk av en ensidig biomedisinsk forståelsesramme skriver han: «Når galskapen slik blir gjort til objekt, blir den gale stum og språklaus – monologen inntreter. Og psykiatriens behandlingshistorie er ei historie om monolog, og om feilgrep og overgrep» (Ekeland, 2013). Det motsetningsfylte preger på mange måter forståelsesrammer og perspektiver i møte med psykiske vansker: Psykiske vansker forstått og undersøkt gjennom en biomedisinsk linse eller gjennom en humanistisk linse. Psykiske vansker forstått innenfra eller psykiske vansker forstått utenfra. Kunnskapsproduksjon med vekt på RCT-studier eller med vekt på bruker- og erfaringskunnskap. Ulike former for kunnskap barker sammen i psykisk helsefeltet, står opp mot hverandre og er i kamp med hverandre (Ekeland, 2021).

2.1 Kunnskapsbegreper i gresk filosofi

Begrepene episteme og fronesis står i gresk filosofi for to ulike former for kunnskap. Episteme er påstandskunnskap. Det vil si kunnskap om ting som ikke kunne vært annerledes og som sådan er objektiv, nøytral og sann (Grimen, 2008). Påstandskunnskap er kunnskap som er generell og derfor gyldig uavhengig av kontekst.

Fronesis eller klokskap er ifølge Wifstad (2018) «innsikt i hvordan noe *bør* være, altså hva det vil si å handle på en riktig måte. Og siden enhver handling per definisjon er konkret og situasjonsbestemt, må klokskap alltid gjelde enkelttilfeller [...] Klokskap fordrer først og fremst erfaring med konkrete tilfeller [...] Dette betyr at klokskap ikke er en ferdighet som kan læres bort til andre. Hver enkelt må finne ut hva det i den konkrete situasjonen er best å gjøre. Da vil ofte andres erfaringer og meninger være til god hjelp, men det er i siste instans den som faktisk står i situasjonen, som må foreta en «rådslagning» med seg selv» (2018:138).

Å ha egne erfaringer f.eks med depresjon gir en helt annen kunnskap om hva det kan innebære å være deprimert. Denne form for praktisk kunnskap og klokskap er

situasjonsbestemt og ikke generell, den er situert fordi den henger sammen med både sammenhengen og den som bærer kunnskapen. Det vil derfor være en feil å trekke den slutning at egenerfaring alene innebærer at man har klokskap i møte med tilsvarende erfaringer hos andre. Et grunnleggende spørsmål i denne sammenheng er om erfaringskunnskap som har utgangspunkt i egne erfaringer med psykiske vansker også kan omformes til relevant kunnskap eller klokskap i møte med andres psykiske vansker.

I Lundstøls (1999) hevder at « [...] virkelig profesjonell blir man bare hvis det nye man lærer, blir inkorporert i forhold til ens livsløpskunnskap. Dette er det motsatte standpunkt av det som har vært rådende» (1999:70). Det argumenteres her for at det å bli profesjonell innebærer en sammensmeltning av ny kunnskap med den kunnskapen som man allerede har fra eget levd liv og egne livserfaringer.

2.2 Indeksert og personlig kunnskap

Grimen påpeker at praktisk kunnskap er særpreget ved at den er indeksert - at den peker både på den som bærer kunnskapen og den sammenhengen som kunnskapen har oppstått i (Nortvedt & Grimen, 2004). Begrepet indeks kommer fra latin og betyr «en angiver; pekefinger, kjennetegn (som røper noen)» og er via indoeuropeiske deik «vise, peke, erklære» beslektet med det norske te «vise fram, syne» og det engelske teach «lære, undervise» (Caprona, 2013:898).

Praktisk kunnskap har merker og kjennetegn som indikerer hvor den kommer fra, hvem som bærer kunnskapen og hvordan den kan anvendes (Grimen, 2008). Praktisk kunnskap er kunnskap basert på erfaringer gjort i første person. «Poenget er at i første person er mennesker ikke helt utskiftbare. Enhver må gjøre egne erfaringer» (Nortvedt & Grimen, 2004:166). Det at enhver må gjøre sine egne erfaringer kan innebære at dersom man som helsepersonell har egenerfaring med panikkangst, så bærer man på en annen kunnskap enn om man bare har tilegnet seg teoretisk kunnskap om fenomenet. Det gir et annet grunnlag for å forstå og møte pasienter med panikkangst i deres situasjon fordi man har en kunnskap basert på egne erfaringer gjort i første person. En slik erfaringskunnskap er en annen form for kunnskap enn den teoretiske. Og det er en kroppslig form for kunnskap (Molander, 1996; Polanyi, 2000).

Begrepet egenerfaring er en noe paradoksal sammenstilling av ord. En erfaring er noe som gjøres innenfra, i første person. Det kan derfor virke noe unødvendig å måtte påpeke at erfaringen er ens egen. Vi finner en lignende ordsammenstilling hos Merleau-Pontys kroppsfilosofi i begrepet «le corps propre» som på norsk er oversatt til «egenkroppen» (Wifstad, 2018:91). Wifstad skriver at «denne uvanlige ordsammenstillingen henspiller på at egenkroppen nettopp ikke må forveksles med kroppen forstått som objekt. Man retter ikke fokus mot kroppen som (levende) organisme, men mot kroppen som (levd) uttrykk, som meningsbærer» (2018:91). En slik sammenstilling av ord kan altså brukes for å fremheve at det er snakk en erfaring som er gjort innenfra og i kroppen, i motsetning til en observasjon av andres erfaringer og kropper.

Med referanse til Polanyis begrep personlig kunnskap skriver Nortvedt og Grimen: «Hvis tilegnelse, overføring og anvendelse av visse typer kunnskap krever egne erfaringer i første person, må forholdet mellom person og kunnskap tenkes som mye tettere enn det som har vært vanlig i klassiske kunnskapsteorier» (2004:186).

Utgangspunktet for dette utsagnet er fagfolks egne erfaringer som fagutøvere, hvor det er fagutøveren som er i første person. Det er her altså ikke snakk om fagfolks erfaringer med egne psykiske vansker, men deres erfaringer som fagutøvere i møte med andres vansker. Innen profesjonsteori har man i liten grad vært opptatt av dette forholdet mellom fagfolks personlige liv og betydningen av disse erfaringene for profesjonell utvikling (Rønnestad, 2008). Rønnestad antar at dette har sammenheng med en veletablert forestillingen om å skille mellom det personlig og det profesjonelle. Dette synes å være en robust forestilling uavhengig av hvilken profesjon man snakker om.

2.3 Evidensbasert kunnskap og praksis

Spørsmålet om hva som kan overføres fra en sammenheng til en annen har lenge vært et tema innen kunnskapsdannelse, og er trolig noe av grunnen til at episteme – påstandskunnskapen – har stått i en særstilling. En av de viktigste drivkreftene for framveksten av evidensbasert kunnskap og praksis har trolig vært nettopp dette: Søken etter pålitelig og sikker kunnskap som er overførbar fra en situasjon til en annen. Bakgrunnen for framveksten av evidensbasert

medisin var ifølge Wifstad (2018) en økende misnøye med kunnskapsgrunnlaget for medisinsk praksis på begynnelsen av 1990-tallet. Det var misnøye med kvaliteten på forskning, uheldige økonomiske bindinger mellom industrien og forskere, samt vanskelig tilgang på oppdatert kunnskap. Omfanget av forskningslitteratur økte i omfang og det var utfordrende å holde oversikt. Begrepet evidensbasert medisin ble lansert i 1992 av en forskergruppe ved McMaster-universitetet i Canada (Wifstad, 2018). Raskt etter lanseringen av begrepet ble det opprettet egne forskningsinstitusjoner utenfor universitetene. Disse begynte å oppsummere forskning i tråd med gitte kvalitetskriterier.

Begrepet evidens brukes også på norsk. Ifølge Norsk etymologisk ordbok betyr evidens «innlysende visshet» og det har kommet inn i det norske språket via fransk (évidence) og latin (evidentia) med betydningen «som kan ses fra lang avstand» (Caprona, 2013:934).

Kunnskapsbasert praksis er den vanligste oversettelsen av evidence-based practice (Grimen & Terum, 2009) og er den oversettelsen som brukes av det statlig finansierte Kunnskapscenteret som nå er underlagt Folkehelseinstituttet. Begrepet evidens med betydningen «innlysende visshet» peker i retning av den samme kunnskapsformen som ligger til grunn for «episteme» som påstandskunnskap. Ved å bruke begrepet «kunnskapsbasert» på norsk mener Ekeli (2002) at man har tilslørt at kunnskapsidealet innenfor denne modellen har en ensidig vektlegging av påstandskunnskapen.

Modellen for evidensbasert kunnskap og praksis beskriver gjennom evidenshierarkiet inngående hva slags kunnskap som legges til grunn for den forskningsbaserte kunnskapen. Når det gjelder de to andre kunnskapsformene i modellen, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, mangler det beskrivelser av hvordan disse kunnskapsformene skal forstås (Ekeland, 2009). Modellen anviser en metode for anvendelse av evidensbasert kunnskap som skal benyttes i konkrete situasjoner. I anvendelsen vektlegges også fagfolks egen erfaringsbaserte kunnskap og pasientens preferanser i valg av behandling (Terum & Grimen, 2009). Man kan derfor argumentere for at modellen i sitt utgangspunkt også vektlegger det situasjonsbestemte og individuelle fremfor ensretting og standardisering av behandling. Det er likevel tydelig at de tre komponentene ikke vektet likt. Vandvik (2009) uttrykker dette eksplisitt i sin redegjørelse av evidensbasert medisin og hevder at dette ikke er ment som tre likeverdige komponenter (2009:114).

Jensen (2007) påpeker at den sentrale ideen i evidensbasert praksis er at det er terapien som er virksom og ikke terapeuten. Det sentrale blir da å velge den riktige intervensjonen, fordi det er intervensjonen som er den aktive substansen. Fra et slik perspektiv blir det vesentlig at terapeuten har tilgang på den best tilgjengelige påstandskunnskapen. Jensen hevder at dette perspektivet fører til økt fokus på manualbaserte behandlingsformer og forskning med RCT-design. Og i den grad det er fokus på terapeutens personlig erfaringer blir dette vektlagt som mulig feilkilde (Jensen, 2007).

Innen evidensbasert praksis står forskning med RCT-design og kunnskapssoppsummeringer basert på stringente kriterier i en særstilling. I motsatt ende av kunnskapshierarkiet står den erfaringsbaserte kunnskapen (Ekeli, 2002). Få vil motsette seg å ha den mest pålitelige kunnskap tilgjengelig når behandlingsvalg skal tas. Det er imidlertid grunn til å være kritisk spørrende til hvilken gyldighet den evidensbaserte kunnskapen kan ha når det gjelder psykisk helsefeltet. Forskning basert på RCT-design har sine begrensninger når det kommer til kompliserte og sammensatte problemstillinger som innen dette feltet. Ekeland (2009) stiller spørsmål ved evidensen for evidensbasert praksis og om RCT-studier i det store og hele er egnet for å studere problemer i psykisk helsevern.

Selv om evidensbasert praksis benytter begrepene erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, synes det å være lite rom for fagfolks egne erfaringer med psykiske vansker som del av kunnskapsgrunnlaget for modellen.

Vitenskap og kunnskap er tidsavgrensede og midlertidige sannheter (Larsen et al., 2017). Historien har vist at dette i stor grad har vært tilfelle innen psykisk helsefeltet. Om vi mister dette perspektivet av syne står vi i fare for å bli skråsikre og kan komme til å fastholde kunnskap som ikke lenger er gyldig. Spenningsfeltet mellom erfaringskunnskapen og påstandskunnskapen danner et teoretisk utgangspunkt for denne studien av litteraturen. Jeg vil nå beskrive hvordan jeg har gått fram i min undersøkelse av litteraturen.

3. Metode

I denne studien er scoping review benyttet som rammeverk for undersøkelsen av forskningslitteraturen. Jeg har tatt utgangspunkt i scoping review slik det er beskrevet hos Arksey & O'Malley (2005). Scoping review anbefales ved kartlegging av et interessefelt som er bredt og i liten grad er avgrenset og definert, og er egnet til å undersøke omfang og variasjon på et felt (Arksey & O'Malley, 2005). Scoping review-undersøkelser kjennetegnes også ved at de søker å utforske, oppsummere og formidle bredde innenfor et forskningsfelt i større grad enn dybden. Forskning som inkluderes er ikke begrenset til en bestemt type studiedesign, men omfatter gjerne både kvalitative og kvantitative studier, samt såkalt mixed-studies (Arksey & O'Malley, 2005). Sammenliknet med systematiske litteraturstudier er søkeprosessen i et scoping review langt mer sirkulær når det kommer til identifisering og inkludering av relevante studier som skal inngå i oversikten (Arksey & O'Malley, 2005; Colquhoun et al, 2014; Davis et al, 2009; Levac et al, 2010). Scoping review innebærer ikke er vurdering av den forskningsmessige kvaliteten på de inkluderte studiene, men tar sikte på å beskrive tematikker og hva som kjennetegner studienes utforsking (Arksey & O'Malley, 2005).

Med utgangspunkt i rammeverket for scoping review har jeg tatt sikte på å lage en slags kartografi over forskningsfronten. Forskningslitteratur er versjoner og beskrivelser av det fenomenet som et forskningsfelt har undersøkt. I denne studien vil jeg forsøke å lage et kart som beskriver og analyserer disse kunnskapsproduktene - som en slags «tverrsnittsundersøkelse» av den forskningslitteraturen som har undersøkt egenerfaring med psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet. «Respondentene» i denne «tverrsnittsundersøkelsen» er ikke individer, men forskningslitteratur og faglige tekster. Forskingen på egenerfaringer med psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet er begrenset og studier som har utforsket dette fenomenet har gjort det fra ulike synsvinkler og med ulike studiedesign (King et al., 2020). Egenerfaring med psykiske vansker hos helsepersonell er et fenomen i liten grad avgrenset og definert. Noe som også gjenspeiles i i fraværet av eksplisitte søketermer i databaser over forskningslitteraturen. Rammeverket til

scoping review vurderes derfor som et velegnet utgangspunkt for å kunne svare på forskningsspørsmålet i denne studien.

Jeg vil ta utgangspunkt i de fem stegene slik de er beskrevet i metodisk rammeverk for scoping review hos Arksey & O'Malley (2005), med de forbedringer som er foreslått av Levac et al. (2010):

1. Identifisere forskningsspørsmålet
2. Identifisere relevante studier
3. Inkludere studier relevante for forskningsspørsmålet
4. Kartlegge datamaterialet
5. Sortere, sammenstille, oppsummere og rapportere funn.
6. Konsultere andre forskere som mulig tilleggselement (Colquhoun et al., 2014, Levac et al., 2010).

Jeg presenterer her hvordan disse stegene er gjennomført i arbeidet med denne masteroppgaven.

3.1 Forskningsspørsmålet

Forsøkningspørsmålet i denne studien er definert slik: *Hvordan har forskning undersøkt egenerfaring med psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet?* Med utgangspunkt i dette spørsmålet er det forskning og forskningslitteraturen i bred forstand som er det objektet som undersøkes nærmere i denne studien. Med forskningslitteratur forstår jeg i denne sammenheng relevante publikasjoner i aktuelle fagdatabaser. Det gjøres ingen avgrensning med hensyn til forskningsdesign eller publiseringsformat på de artiklene som inkluderes. Det avgrenses med andre ord ikke til fagfellevurderte artikler, men inkluderer også annet publisert materiale. Det fenomenet som er under lupen er egenerfaring med psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet. Med psykiske vansker forstår

psykiske problemer i vid forstand, og ikke begrenset til psykiske problemer som kan diagnostiseres som en psykisk lidelse. På denne måten er mange former for psykisk sykdom, psykisk strev, psykiske plager og livsstrev inkludert i denne studien.

Med helsepersonell i psykisk helsefeltet forstås alt av helse-og sosialfaglig personell som arbeider innen psykisk helsefeltet uavhengig av hvilken kontekst man jobber innenfor.

3.2 Søkeprosess, utvalg og inkludering av litteratur

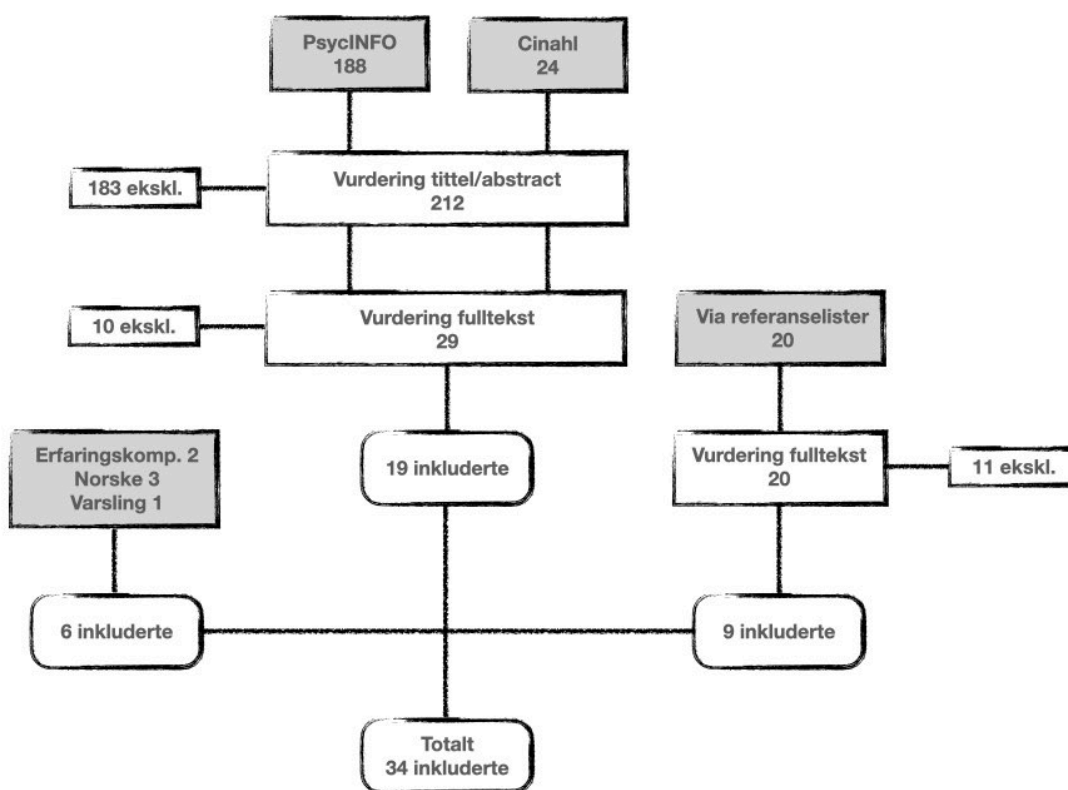
Jeg vil her beskrive hvordan utvalg, vurdering og inkludering av artikler ble gjennomført. Søk etter relevant litteratur ble først gjort i databasene PsycINFO og Cinahl, hvor søketermen «Mental Health Personnel» AND «lived experience» ble benyttet. Søketermen «Mental Health Personnel» inngår som spesifikt emneord i disse databasene. Søketermen «lived experience» ble søkt i fritext da det ikke finnes relevante og avgrensede emneord i databasene for dette fenomenet. Bakgrunnen for valgte søketermer var innledende søk gjort i databaser hvor særlig begrepet «lived experience» gikk igjen i den litteraturen som beskrev egne erfaringer med psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet.

Søk i PsycINFO ble gjennomført 13.10.21 med funn av 188 artikler og søk i Cinahl ble gjennomført 9.12.21 med funn av 24 artikler. Det ble aktivert varsling på begge søkene. Disse funnene ble på bakgrunn av tittel og abstract vurdert separat av meg og en mer erfaren medforsker (TB). Vi møttes deretter for å gå gjennom de utvalgene vi hadde gjort. Ved ulik vurdering av inklusjon eller eksklusjon diskuterte vi oss fram til en enighet.

Primære kriterier for utvelgelse av artikler hadde utgangspunkt i problemstillingen: Hvordan har forskning undersøkt egenerfaring med psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet? Dette innebar at kun artikler som berørte psykisk helsefeltet ble inkludert. I denne sammenheng ble psykisk helsefeltet forstått relativt snevert. Artikler som omhandlet rusfeltet eller andre områder innen helsefeltet ble utelatt. Begrunnelsen for dette er at forskningsspørsmålet stiller skarpt på psykisk helsefeltet. Forskning ble derimot forstått i svært vid forstand og litteratur ble inkludert uten bestemte kriterier for design eller type tekst. Dette innebar at både en fagbok, en doktorgradsavhandling, ytringer og forskningsartikler ble

inkludert. Dette er i tråd med anbefalinger for scoping review og behovet for å fange bredden i det feltet som undersøkes. Funn som kun omhandlet erfaringsmedarbeidere ble utelatt. Det foreligger relativt mye forskning som berører erfaringsmedarbeiderne som er ansatt på grunn av sine egne erfaringer med psykiske vansker. Det var derfor et poeng å ekskludere denne litteraturen slik at inkluderte artikler omhandlet helsepersonell med egne erfaringer. Videre ble også funn som primært omhandlet psykoanalyse og psykoterapi utelatt. Dette ble gjort fordi det foreligger en bred forskningstradisjon knyttet til psykoterapi hvor særlig «self-disclosure» og «motoverføring» er begreper som har vært utforsket. For å omgå denne tematikken ble artikler som primært omhandlet psykoterapiforskning ekskludert. Litteratur som omhandlet psykiske vansker som følge av arbeidsbelastninger på jobb er også ekskludert fra denne studien. Dette også for å begrense omfanget av litteratur.

Av de totalt 212 funnene i PsycINFO og Cinahl ble 29 artikler og tekster lest i fulltekst for



Figur 1: Flytskjema over søk og inklusjon

vurdering av inklusjon. Etter gjennomlesning i fulltekst ble 19 inkludert i studien. Deretter ble

ytterligere 20 artikler tatt inn til vurdering etter funn i referanselister i de allerede inkluderte artiklene og tekstene. Ni av disse 20 artiklene ble inkludert. Ytterligere en artikkel og en rapport publisert av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse ble inkludert. Dette var arbeid jeg allerede kjente til og som var publisert siste år. I tillegg ble 3 artikler skrevet av nordmenn også inkludert. Dette var artikler som jeg hadde kommet over og som i tillegg til relevans var studier som var gjort i en norsk kontekst. En artikkel ble også inkludert på grunn av varsling som ble opprettet på søket i Cinahl. Inkludering av litteratur i denne studien ble avsluttet innen utgangen av februar 2022.

Som figur 1 viser er totalt 34 tekster inkludert i denne scoping review-studien. Utvalget er uvilkårlig preget av mitt eget skjønn og mine vurderinger av hva som var relevant og kunne svare på problemstillingen. I den innledende vurderingen av funn fra databasene PsycINFO og Cinahl ble vurderingen av funn gjort sammen med en erfaren medforsker (TB). Disse felles vurderingene av de første tekstene som ble inkludert i studien har trolig vært førende for vurderinger og inklusjon av øvrige funn. På tross av at denne medforskeren kun var involvert i vurdering av funn fra de to databasene, har denne felles vurdering påvirket det samlede utvalget av tekster i denne studien.

3.3 Kartlegging av datamaterialet

I arbeidet med å kartlegge den inkluderte litteraturen ble data systematisert i skjema med egne kolonner for: Forfattere, tittel, publikasjonsår, publikasjonsform, studiedesign, opprinnelsesland, forskningsspørsmål, hvilke respondenter/populasjon/datatype, type analyse, hovedfunn. Denne kartleggingen ga oversikt over kjennetegn og karakteristika ved den inkluderte litteraturen.

3.4 Sortering, sammenstilling og oppsummering av funn

Etter kartleggingen av den inkluderte litteraturen ble det i neste fase gjort en tematisk analyse av den inkluderte litteraturen. Dette er et kjerneelement i scoping reviews og innebærer identifisering av tematikker i de studiene og tekstene som inkluderes (Arksey & O'Malley,

2005). I denne fasen ble den inkluderte litteraturen gjennomlest i fulltekst gjentatte ganger for identifisering og koding av tematikkene som trådte frem. Identifisering av en bestemt tematikk i en artikkel medførte ny lesning av øvrige tekster på leting etter og mulig koding av samme tematikk her. Når tematikk på denne måten «trådte ut av teksten» ved gjennomlesning av én artikkel, ble de øvrige tekstene lyssatt på den måten at lignende tematikker også ble synlige her. Gjennom en slik rekursiv lesning av inkludert litteratur har tematikker fra de ulike tekstene på denne måten informert og påvirket analysen av øvrige tekster. Analysen av data har derfor i langt større grad vært en sirkulær enn lineær prosess (Levac et al., 2010).

3.5 Referansegruppe og konsultering

Jeg har underveis i dette analysearbeidet konsultert med ei referansegruppe i tre møter . Grappa har bestått av fire helsepersonell og forskere som kjenner feltet godt med bakgrunn i egne erfaringer, klinisk arbeid og forskningsarbeid. De har bidratt med nyttige innspill i analysen av den inkluderte litteraturen og har vært en slags realitetssjekk i siste fase av prosjektet.

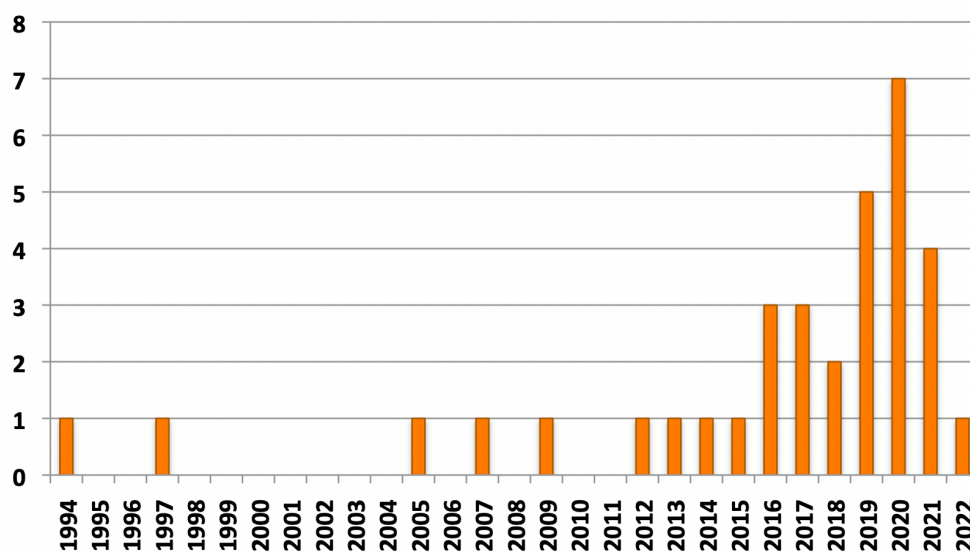
4. Presentasjon av funn

Jeg vil her presentere funn fra denne studien. Først vil jeg vise til noen kjennetegn og karakteristika ved den inkluderte litteraturen. Deretter vil jeg presentere funn med bakgrunn i den tematiske analysen av tekstene.

4.1 Publiseringsdato, -land og studiedesign

Som det fremgår av figur 2 er mesteparten av litteraturen av nyere dato, med en hovedvekt på publiseringer etter 2016. Det er likevel en viss spredning, hvor eldste artikkel er fra 1994.

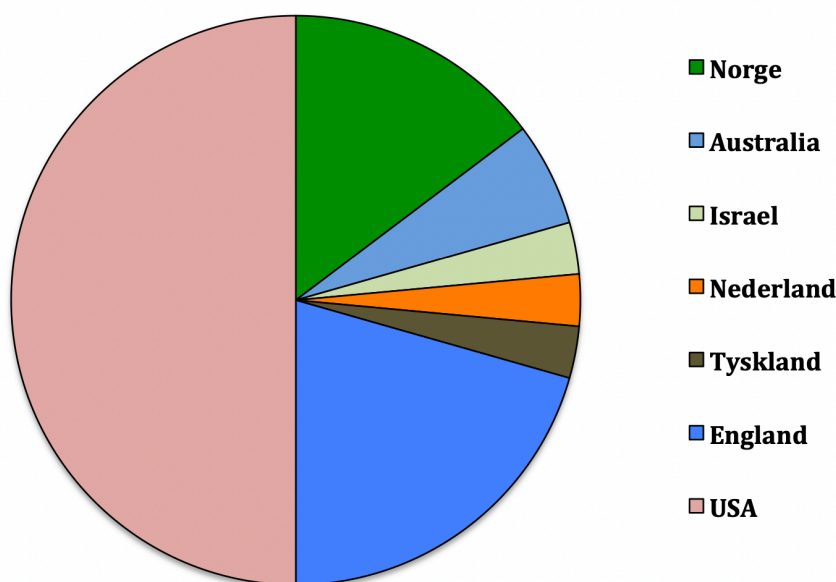
Når det gjelder publiseringsland (se figur 3) er det en hovedvekt på litteratur publisert i USA



Figur 2: Publiseringsdato for inkludert litteratur

(17), deretter England (7), Norge (5), Australia (2), Israel (1), Tyskland (1) og Nederland (1). I den grad det fremgår har forfatterne av de inkluderte studiene bakgrunn fra ulike fagområder. Disse er: psykologer, psykoterapeuter, sykepleiere, sosionomer, sosiologer, psykiatere og kunstterapeuter. I 15 av de 34 inkluderte artiklene har en eller flere av forfatterne egne erfaringer med psykiske vansker.

Studiedesign og tekstformat er representert med stor bredde i den inkluderte litteraturen: Fagbok (1), doktorgradsavhandling (1), reviewstudier (4), mixed design (2), autoetnografiske tekster (8), kvalitative intervjuer (6), case study (1), survey-undersøkelser (5) og ytringer/kommentarer/annet (6). I de studiene som har benyttet intervju eller survey som metode har respondentene er rekke ulike helse- og sosialfaglige utdanninger: Sykepleiere (561), psykologer (517), psykiatere/leger (138), sosionomer (70), vernepleiere (14), familierapeut (4), ergoterapeut (1), kunstterapeut (1), andre (271).



Figur 3: Publiseringsland for inkludert litteratur

4.2 Funn fra tematisk analyse

Som vedlegg ligger en tabell med skjematisk fremstilling av den inkluderte litteraturen. Tabellen gir en oversikt over tittel, år, design, samt tematisk koding av den inkluderte litteraturen. Jeg vil nå presentere de tre mest framtrede tematikkene i den inkluderte litteraturen. Først en presentasjon av temaet «problem eller ressurs», deretter temaet «stigma» og til sist temaet «oss-og-dem»-skillet. Funn i den inkluderte litteraturen vil bli presentert i tilknytning til hvert av disse temaene og knyttes opp mot relevante teori.

4.3 Helsepersonells egenerfaring undersøkt som problem eller ressurs.

I analysen av den inkluderte litteraturen er helsepersonells egenerfaring med psykiske vansker undersøkt som problem eller ressurs en fremtredende tematikk. I dette avsnittet vil jeg vise hvordan denne tematikken blir løftet fram og drøftet i de inkluderte tekstene. Når den inkluderte litteraturen har undersøkt egenerfaring som problem eller ressurs er det særlig to begreper som benyttes: «the impaired professional» og «the wounded healer». I tillegg til disse begrepene er det også en tematikk i tekstene om psykisk helsearbeidere som «usårbarlige». Narrativet om psykisk helsearbeidere som «usårbarlige» er en forestilling om at psykisk helsearbeidere ikke rammes av psykiske vansker på samme måte befolkningen ellers. Det kan også innebære en forestilling om at økt kunnskap om psykiske vansker gir en slags beskyttelse mot psykiske vansker.

I 11 av de 34 inkluderte artiklene opptrer temaet «the impaired professional» (Bennett, 2012; Boyd et al, 2016; Elliot & Ragdale, 2020; Goldberg, 2015; Grice et al, 2018; King et al, 2020; Kundra & Salzer, 2019; Oates et al, 2017; Oates et al 2018; Richards et al 2016; Zerubavel & Wright, 2012). «The wounded healer» opptrer i 12 av de 34 tekstene (Adame et al, 2017; Bennett, 2012; Bernhard et al, 2019; Boyd et al, 2016; Concar & Repper, 2014; Goldberg, 2015; Hoel et al, 2021; King et al, 2020; Oates et al, 2017; Richards et al 2016; Roots & Roses, 2020; Zerubavel & Wright, 2012). «Den usårbarlige terapeuten» opptrer i sju av de 34 tekstene (Adams, 2014; Bennett, 2012; Choudhury et al, 2019; Conchar et al, 2014; Goldberg et al, 2015; King et al, 2020; Richards et al, 2016).

Først vil jeg presentere hvor begrepene «the impaired professional» og «the wounded healer» kommer fra og hva som forstås med disse begrepene. Deretter vil jeg vise hvordan tematikkene «the impaired professional», «the wounded healer» og «den usårbarlige terapeuten» kommer til uttrykk i den inkluderte litteraturen. Til sist i dette kapittelet oppsummerer jeg disse funnene knyttet til egenerfaring med psykiske vansker som problem eller ressurs.

4.3.1 Hvor stammer begrepene fra?

På 1970- og 1980-tallet var det i USA en økende oppmerksomhet rundt helsearbeidere som av ulike grunner ikke fungerte godt i sitt arbeid (Kundra & Salzer, 2019; Wood et al, 1985). I tillegg til fokus på ulike former for rusavhengighet, personlige konflikter, upassende adferd og seksuelle relasjoner til klienter, var det også et fokus på utbrenthet og psykiske vansker som årsak til nedsatt fungering i arbeid. Termen «the impaired professional» ble introdusert og drøftes innenfor ulike profesjonsgrupper i psykisk helsefeltet (Wood et al, 1985). Det var særlig fokus på egne psykiske vansker som årsak til nedsatt og ikke tilfredsstillende fungering i klinisk arbeid. Selv om termen etterhvert inkluderes i det amerikanske lovverket (1990) i The Americans with Disabilities Act, mangler det fortsatt konsensus i forhold til hvordan begrepet skal defineres (Smith & Moss, 2009; Walker, 2004). Etymologisk har ordet «impaired» røtter tilbake til gammel fransk og latin og betyr å «gjøre verre, føre til forverring» (Online etymologi dictionary, u.å.). Slik begrepet «the impaired professional» er brukt i litteraturen synes det å ha utelukkende negative konnotasjoner og beskriver kjennetegn som gjør at helsearbeidere ikke fungerer i sitt yrke (Richards et al, 2016; Oates et al, 2017).

I kontrast til «the impaired professional» beskriver begrepet «the wounded healer» egne psykiske vansker og sår som en ressurs for terapeuten. I «the wounded healer»-begrepet er grunnidéen at egen sårbarhet, sykdom eller vansker også kan være en ressurs og noe som kan være til hjelp for andre. «Wounded healer»-begrepet synes i litteraturen å ha overveiende positive konnotasjoner, men «wounded healer» kan også innebære at man «ikke er helt profesjonell» (Karbouniaris & van Os, 2021; Oates et al, 2017; Richards et al, 2016; Siqveland & Jensen, 2022).

Flere av de inkluderte tekstene i denne studien gir inngående beskrivelser av «wounded healer»-begrepets opprinnelse og hvilken reise dette begrepet har gjort fram til idag hvor det på nytt aktualiseres innen psykisk helsefeltet (Bennett, 2012; Conchar & Repper, 2014, Roots & Roses, 2020; Zerubavel & Wright, 2012). Det arketypiske bildet av «the wounded healer» kommer opprinnelig fra gresk mytologi og er knyttet til kentauren Kheiron (Bennett, 2012; Conchar & Repper, 2014). En kentaur er i den greske mytologien en skapning med overkroppen til et menneske og underkroppen til en hest. Kheiron var i gresk mytologi en stor helbreder som selv ble truffet av en forgiftet pil og fikk et uhelbredelig sår. Han kunne ikke

lege sitt eget uhelbredelige sår, men var likevel i stand til å helbrede andre (Jackson, 2001). Jackson viser til hvordan forestillingen om «the wounded healer» går igjen på tvers av ulike kulturer og tidsaldre. Begrepet knyttes blant annet til sjamanisme, jødedommen, pastoralklinisk virksomhet, psykoanalytisk virksomhet, anonyme alkoholikere og nå i senere tid til erfaringsmedarbeidere og terapeuter som har egne erfaring med psykiske vansker (Bennett, 2012; Conchar & Repper, 2014; Jackson 2001; Roots & Roses, 2020). «The wounded healer» strekker seg slik utover et felt som er bredt og mangetydig. Zerubavel & Wright (2012) hevder at Carl Gustav Jung var den første psykoterapeuten som tok i bruk begrepet «the wounded healer». Det var imidlertid først i slutten av sitt virke at Jung vektla egne sår som kilde for å kunne helbrede andres sår. Tidlig i sitt virke var han ifølge Zerubavel & Wright (2012) av den oppfatning at personlige vansker hos terapeuter var en urenheter som måtte fjernes.

Funn i denne studien tyder på at «the impaired professional» har vært gjenstand for langt mer utforskning enn «the wounded healer». Zerubavel & Wright (2012) viser til at det har vært relativt lite akademisk oppmerksomhet knyttet til «wounded healer»-begrepet. Bennett (2011) viser til søk i artikkeldatabasen PsycInfo hvor hun fikk 600 treff på «the impaired professional» og 90 treff på «the wounded healer». Dette samsvarer også med Boyd et al (2016) som peker på at majoriteten av systematisk forskning gjort på lisensierte klinikere med egen erfaring har vedrørt «impaired professionals», terapeuters egenomsorg, samt utbrenthet og selvmord: «Thus, research on mental health professionals with lived experience tends to focus on preventing or managing impairment, rather than on consumers' strengths and contributions.» (Boyd et al, 2016:611)

4.3.2 «The impaired professional», «the wounded healer» og «den usårbarlige terapeuten»

Zerubavel & Wrights (2012) er to psykologer som gjorde en systematisk gjennomgang av litteraturen på «the wounded healer». I deres review-artikkel «The dilemma of the wounded healer» står begrepet «the impaired professional» i motsetning til «the wounded healer». «The impaired professional» brukes her om en terapeut hvor vedkommendes personlige plager og

vansker påvirker det kliniske arbeidet negativt. Eksempler på slik negativ påvirkning hos Zerubavel & Wright (2012) er ineffektiv eller skadelig tjenesteutøvelse, eller upassende grenseoverskridelser i forholdet til klienter. De peker på behovet for tilstrekkelig bedring og tilheling av egne psykiske vansker forut for selv å kunne jobbe som terapeut, men at det er vanskelig å forutsi hvordan dette vil utvikle seg hos den enkelte. De benytter begrepene recovery og posttraumatisk vekst om de med egne psykiske vansker som henholdsvis kommer seg tilbake til tidligere fungering eller som i etterkant erfarer en personlig vekst. Eksempler på forløp som ikke fører til tilheling eller bedring er enten gjentatte episoder med tilbakefall eller en mer vedvarende nedsatt funksjonsevne. De peker derfor på den usikkerheten som kan knyttes til psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker. Forfatterne mener at et relevant spørsmål er om bedringen og tilfriskningen er permanent og stabil, midlertidig og skjør, eller om den ikke oppnås i det hele tatt. I tillegg til å peke på denne usikkerheten er forfatterne også opptatt av å anerkjenne at alle terapeuter i et livsperspektiv vil være sårbare ovenfor personlige vansker, utbrenthet eller vansker med å fungere optimalt i arbeid:

«In one sense, all therapists have had painful experiences, have confronted adversity, or have experienced physical or emotional suffering, and therefore have some degree of woundedness. [...] Woundedness lies on a continuum, and the wounded healer paradigm focuses not on the degree of woundedness but on the ability to draw on woundedness in the service of healing.» (Zerubavel & Wright, 2012:482).

Forfatterens utgangspunkt er at empati i dette perspektivet forutsetter at terapeuten har tilgang til egen sårbarhet. Ved å benekte egne sårbarhet står terapeuten i fare for å se seg selv som den som er helbredet og pasienten som er såret. Forfatterne er særlig opptatt av «wounded healer»-begrepet innen psykologien og peker på tausheten og fraværet av en drøfting av begrepet. De skriver at psykologer ofte er på vakt ovenfor «wounded healers» og i hvilken grad de er tilstrekkelig helbredet: «at worst, we judge, and at best, we worry.» (Zerubavel & Wright, 2012). På tross av at «wounded healer»-begrepet har et dårlig rykte og negative konnotasjoner blant psykologer, tar de til orde for en større åpenhet og støtte til «wounded healers».

Psykologen **Bennett (2011)** viser i sin doktorgradsavhandling til at litteraturen i stor grad har benyttet termen «the impaired professional» som en motsetning til «the wounded healer». Forfatteren bruker denne definisjonen av «impaired professionals»: «mental health workers whose psychological conditions negatively impact their ability to competently practice their vocation» (Bennett, 2012:74). Bennett gjør det tydelig at hun selv har erfaringer med depresjon, angst og panikkanfall, og at hun identifiserer seg med «wounded healer»-konseptet. Hun erfarer at egne lidelser og egen bedringsprosess har gjort henne til en bedre psykoterapeut. I sin studie definerer hun «wounded healers» slik: «Mental health professionals whose psychological conditions positively impact their ability to competently practice their vocation » (Bennett, 2012:74). En av de 8 psykologene hun har intervjuet identifiserer seg selv med «wounded healer»-konseptet. Vedkommende hentet støtte til egen velvære og egenomsorg gjennom deltakelse i en 12-trinnsgruppe hvor han kunne være relativt anonym. De sju øvrige psykologene i studien bruker ikke selv «wounded healer»-begrepet, men beskriver likefullt økt selvaksept, økt empati, bedret inntoningsevne og personlig vekst med bakgrunn i sine erfaringer med egne psykiske vansker. Slik Bennett bruker begrepet har det utelukkende positive konnotasjoner. Selv om forfatterens hovedfokus er stigma, danner «wounded healer»-begrepet en slags ramme for hennes avhandling, noe som kan illustreres med denne antakelsen fra forfatterens avhandling: «Perhaps stigma is the shadow of the wounded healer archetype.» (Bennett, 2012:264)

Elliot & Ragsdale (2020) er to sosiologer som gjennomførte kvalitative dybdeintervjuer av 12 psykoterapeuter fra ulike terapitradisjoner i USA. En av overskriftene i deres artikkel er «Having a Mental Illness: An On-the-Job Asset or a liability?». Av disse 12 terapeutene beskriver halvparten hvordan deres egne psykiske vansker tidvis kan virke forstyrrende inn på deres terapeutiske arbeid og slik kunne være en ekstra byrde. Fire av 12 beskriver hvordan det å gi terapi av og til virker negativt inn på deres egen psykiske helse, altså hvordan de selv får økte psykiske plager som følge av det å være terapeut. Sju av informantene mente det å være terapeut virket positivt på deres egen psykiske helse, og flesteparten av terapeutene mente deres egne psykiske vansker gjorde dem bedre på jobben. Forfatterne peker i sin artikkel på den frykten som terapeuter med psykiske lidelser kan ha ovenfor de myndighetene som administrerer lisenser for helsearbeidere. Noen amerikanske lisenskontor sidestiller det å ha

en diagnose med å være ute av stand til å være i arbeid. Denne frykten for å miste sin lisens gjør at de i mindre grad våger å være åpne om egne vansker og i mindre grad søker hjelp. «Wounded healer»-begrepet forekommer ikke i denne teksten, mens «impaired» er et begrep som benyttes to ganger.

Kundra & Salzer (2019) vurderer i sin artikkel to konkrete program som kan støtte sosionomer med egne psykiske vansker til å bli værende i arbeid. Kundra er en sosionom som har egne erfaringer med psykiske vansker. Salzer er psykolog og forsker. Begge har tilholdssted i USA. Forfatterne peker på faren for utbrenthet hos sosionomer, og at sosionomer med egne psykiske vansker i større grad er utsatt for dette. Begrepet «impairment» brukes aktivt i denne artikkelen og det refereres til etiske retningslinjer i en amerikansk fagforening for sosionomer hvor «impairment» defineres slik: «personal problems, psychosocial distress, substance abuse or mental health difficulties». Forfatterne vektlegger egne psykiske vansker hos sosionomer primært som et problem. Samtidig peker forfatterne på konkrete tiltak og støtteordningen som kan gjøre det tryggere for sosionomer å være åpne om egne vansker blant sine kollegaer. Forfatterne peker i likhet med Elliot & Ragsdale (2020) på den frykten som helsearbeidere med egne psykiske vansker har for å bli rapportert inn og dermed stå i fare for å miste autorisasjon. De beskriver hvordan denne frykten virker inn på hvor åpne sosionomer er omkring egne vansker og at dette kan gjøre at de presser seg lengre enn andre kollegaer for å stå i arbeid. Ifølge Holttum (2017) er dette også en utfordring for psykisk helsearbeidere i Australia. Dette fremkommer hos informantene i en australsk studie (Edwards & Crisp, 2016) som Holttum diskuterer.

Grice et al (2017) gjennomførte en survey-undersøkelse av åpenhet om psykisk helse blant 348 kliniske psykologstudenter ved 19 utdanningsinstitusjoner i England. Forfatterne er selv britiske psykologer og forskere. Innledningsvis i artikkelen peker forfatterne på de krav som stilles til psykologer og psykologstudenter om ivaretagelse av seg selv og å være i en slik tilstand at man kan være til hjelp for andre. Under diskusjonsdelen i artikkelen vises det til en studie av Johnson et al (2012) hvor 59 % av psykologene hadde fortsatt med å møte klienter selv om de var for plaget til å være effektive. Og videre at 30% av psykologene vedkjente at deres egne personlige vansker reduserte kvaliteten på hjelpen som de ga. Med bakgrunn i dette mener Grice et al (2017) at psykologstudenter bør vurdere å være mer åpne om egne

psykiske vansker under opplæring. Grice et al vektlegger på flere måter psykiske vansker som et problem hos psykologstudenter. På den andre siden oppfordrer forfatterne til større åpenhet om egne psykiske vansker hos psykologer og tar til orde for at egne erfaringer med psykiske vansker verdsettes.

«The impaired professional» er også et av temaene som **King et al (2020)** fant i sin scoping reviewstudie av 23 artikler. Slik forfatterne bruker begrepet «the impaired professional» reflekterer det en begrenset arbeidskapasitet og -evne hos helsepersonell med egenerfaringer. Termen gjenspeiler også forestillingen om at bedring ikke er mulig og at egenerfaring med psykiske vansker ensidig blir sett på som en byrde. King et al (2020) peker også på forestillingen om «den usårbarlige terapeuten», som i denne sammenheng synes å fremstå som en gjensidig utelukkende kategori i forhold til «the impaired professional». Forestillingen om «den usårbarlige terapeuten» kan illustreres med dette sitatet fra en lege i en av de inkluderte artiklene: «We are systematically trained to maintain a distance and make ourselves available as an 'impersonal machine,' in a manner of speaking, to be of the greatest use to the persons in our care, and also to protect ourselves and them» (Peter & Schulz, 2018:1296)

King et al (2020) identifiserte også «the wounded healer» som et gjennomgående tema i deres scoping reviewstudie. Begrepet brukes imidlertid mindre konsistent i denne artikkelen enn i flere av de andre artiklene (Conchar & Repper, 2014; Adame et al, 2017; Zerubavel & Wrights, 2012). Forfatterne henviser til Jungs arbeid med «the wounded healer» hvor egenerfaring med emosjonelt ubehag hos psykisk helsearbeidere kan utgjøre en ressurs i møte med pasienter. Bruk av egne sår og vansker i terapeutisk arbeid beskrives ikke. Begrepet «the wounded healer» blir derfor hos King et al brukt med et langt snevrere innhold, hvor begrepet i mindre grad er knyttet til den terapeutiske konteksten og møtet med pasienten. Forfatterne skriver om terapeuter som har integrert både en «wounded healer»-identitet og en «impaired professional»-identitet og at dette ble funnet hos de psykiske helsearbeiderne som valgte å være åpne ovenfor brukere, kollegaer eller veiledere. Disse beskrives som helsearbeidere som har erkjent egne psykiske vansker som både potensielt nyttig og skadelig i terapeutiske relasjoner. Førsteforfatteren av denne studien er en australsk ergoterapeut som tar en doktorgrad hvor temaet er psykiske helsearbeideres deling av egne erfaringer med psykiske vansker på arbeidsplassen.

Oates et al (2018) har i sin studie intervjuet 26 engelske psykiatriske sykepleiere med egne psykiske lidelser. Innledningsvis i artikkelen beskriver forfatterne den potensielle risiko og skade på tjenestemottakere som sykepleieres egen psykiske lidelse kan utgjøre gjennom nedsatt produktivitet, redusert engasjement og lavere kvalitet på tjenesten. I analysen av disse kvalitative intervjuene er imidlertid ikke denne tematikken gjenstand for noe ytterligere diskusjon. Tematikken blir med andre ord hengende uten noe videre drøfting, selv om forfatterne innledningsvis synes å ha et ønske om å tematisere potensielle problemer knyttet til disse sykepleierne med psykiske lidelser og deres yrkesutøvelse. Det kan tenkes at psykiske vansker som problemer i denne teksten primært utgjør et kontrapunkt for å undersøke egenerfaring med psykiske lidelser som en ressurs. Egenerfaring med psykiske lidelser blir i denne artikkelen hovedsakelig undersøkt og beskrevet som en ressurs.

Oates et al (2017) gjorde en lignende studie året før hvor 27 engelske psykiatriske sykepleiere med egne psykiske lidelser ble intervjuet om hvordan dette påvirker deres kliniske arbeid. Forfatterne benytter innledningsvis begrepet «the impaired professional», forstått som klinikere som utgjør en potensiell risiko for tjenestemottakere og klienter. Av de 27 sykepleierne som ble intervjuet var det to som beskrev hvordan egne psykiske vansker gjorde det vanskelig å yte gode tjenester. Begge blir i studien betegnet som mindre mottakelige for andres følelser fordi de var så oppfylt av egne følelser og vansker. I studien står dette i kontrast til de øvrige informantene som hovedsakelig beskrev positiv innvirkning av egenerfaring med psykiske lidelser på egen sykepleiepraksis. Informantene erfarte at deres egen erfaring med psykiske lidelser i stor grad informerte deres egen praksis som sykepleiere. Det å gjøre seg nytte av egne erfaringer ble i stor grad oppfattet som en integrert del av deres forståelse av sykepleiepraksis, hvor også personlige erfaringer og bruk av seg selv er en vesentlig del. Deres egne erfaringer med psykiske lidelser ble slik sett på som en kunnskapskilde sammen med øvrige personlige erfaringer. Denne erfaringskunnskapen ga grunnlag for en annen type forståelse og empati i møte med tjenestemottakerne med psykiske lidelser. Det var mindre vanlig at informantene spesifikt delte av sin egne erfaringer med psykiske lidelser i møte med pasienter. Forfatterne av studien er overrasket over at informantene selv ikke henviser til «wounded healer»-begrepet, da informantenes forståelse og bruk av egne vansker i stor grad ble tolket innenfor rammen av dette konseptet.

Richards et al (2016) gjorde en diskursanalyse med utgangspunkt i intervjuer med 10 psykisk helsearbeidere med egenerfaring med psykiske lidelser. Informantene hadde en bredt sammensatt yrkesbakgrunn. Forfatterne benytter begrepet «the impaired professional» både innledningsvis og i analysen av intervjuene. De peker flere ganger på den eksisterende diskursen knyttet til «the impaired professional», og at egenerfaring med psykiske lidelser her hovedsakelig blir sett på som et problem og noe som har negative konnotasjoner. Når forfatterne beskriver «wounded healer»-begrepet, peker de på at dette har både positive og negative konnotasjoner. Den som er en «wounded healer» kan av andre psykisk helsearbeidere potensielt bli sett på en som ikke er helt profesjonell. Deres studie synes likevel å vektlegge positive konnotasjoner framfor de negative i sin analyse. Forfatterne antyder at «wounded healer»-diskursen kan bidra til at psykiske vansker normaliseres som en del av livet fremfor å bli forstått som sykdom.

Den engelske psykoterapeuten **Adams (2014)** hadde et debattinnlegg i *Therapy today* hvor overskriften var «Therapists are human too». Hun viser i innlegget til egen forskning hvor hun har intervjuet 40 terapeuter om hvordan erfaringer fra deres personlige liv har virket inn på deres terapeutpraksis. Hun skriver: «After interviewing so many therapists for my study, I also wonder if they feel shame about their own vulnerability, as if training as a therapists or counsellor and needing therapy are somehow mutually exclusive» (Adams, 2014:3). Halvparten av terapeutene hun intervjuet hadde vært deprimert etter at de begynte å praktisere. Etter en presentasjon av disse funnene var det en tilhører som responderte slik: «Well, they shouldn't be working!» (Adams, 2014:3). Den spenningen som kommer til uttrykk her, både hos informantene og kommentatoren, er eksempler på de svært motsetningsfylte oppfatninger som finnes i fagfeltet når det kommer til sårbarhet og psykiske vansker hos terapeutene selv.

Karbouniaris & van Os (2021) er to nederlendere, henholdsvis en forsker og en psykiater, som i sin kommentar i *Psychiatric Times* gir uttrykk for lignende spenninger blant psykiatere. De henvender seg primært til psykiatere og er i sin kommentar opptatt av hvordan disse kan ta i bruk egne erfaringer med psykiske vansker i sitt terapeutiske arbeid. Forfatterne beskriver hvordan dette er et ukjent terreng for de fleste psykiatere og at psykiatere generelt sett har negative konnotasjoner knyttet til det å avdekke egne svakheter. En av grunnene til dette,

hevder de, er manglende trening i å transformere egne livserfaringer til erfaringskunnskap. De skriver at psykiatere har blitt trent til nettopp å skille personlig fra profesjonelt og at de ofte er av den formening at det å bruke egne erfaringer i terapi er uprofesjonelt.

Conchar & Repper (2014) har i sin systematiske litteraturstudie gjennomgått forskning på «wounded healers». 125 artikler ble inkludert i studien hvor hensikten var å identifisere, definere og tolke termen «wounded healers» og undersøke hvordan den knytter seg til psykisk helsefeltet. Med referanse til den nederlandske presten Nouwen (1972) peker forfatterne på egen sårbarhet som utgangspunkt for empati med andre som strever. De viser også hvordan egne psykiske vansker for mange har vært en motivasjon for å utdanne seg innen psykiske helseprofesjoner. Videre viser forfatterne også til egne psykiske vansker som en ekstra sårbarhet for utbrenthet eller økte plager når man jobber som terapeut. Egenomsorg er også en tematikk når det gjelder psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker. Historisk viser forfatterne til «wounded healers» innen rusfeltet, med etableringen av sponsorordningen innen Anonyme-alkoholikere-bevegelsen fra 1930-tallet og etterhvert framveksten av såkalte paraprofesjonelle (White, 2000). Forfatterne peker videre på hvilken betydning aktivister og «psychiatric survivors» som selv jobbet i psykisk helsefeltet fikk som pådrivere for at mennesker som hadde kommet seg etter psykiske lidelser også kunne utgjøre en ressurs som terapeuter.

En av disse amerikanske aktivistene er **Daniel B. Fisher** som siden 1977 har jobbet som psykiater i offentlig sektor. I sin artikkel fra 1994 med autoetnografisk preg skriver han følgende: «[T]he concept and practice of people with psychiatric disabilities working as providers in the mental health field is not new. What is new is that we are now openly describing our own recovery» (Fisher, 1994:67). Han gjør her altså et poeng av at det ikke er noe nytt at mennesker med egne psykiske vansker jobber i psykisk helsefeltet, men at det nye er at noen snakker åpent om det og om egen tilfriskning. På den ene siden illustrerer dette utsagnet fraværet av en åpen diskurs om psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker som ressurs. På den andre siden viser det til at det ikke er snakk om noe nytt konsept. På samme måte som «the wounded healer» er et arketypisk begrep, er også det å ha og bruke erfaringskunnskap fra egne sår til å hjelpe andre et urgammelt konsept.

Adame et al (2017) foretrekker i sin bok å bruke begrepet «psychiatric survivor therapists» for å beskrive den doble identiteten hos terapeuter som har egenerfaring med psykiske vansker. Dette begrepet rommer mye av det samme som «the wounded healer», hvor erfaringer med egen psykiske vansker blir ansett som er ressurs i yrkesutøvelsen. Begrepet «psychiatric survivor therapists» har likevel en annen snert og signaliserer en tydelig distansering til det psykiatriske systemet og det medisinske tankesett. Overlevelse peker i denne sammenheng ikke bare på å ha overlevd psykiatrisk vansker, men peker vel så mye på det å ha overlevd det psykiatriske systemet. Forfatterne beskriver egne møter med en behandlingskultur og et psykiatrisk system som i tillegg til å være objektiviserende og var diskriminerende, krenkende, og som utøvde og misbrukte makt. «Psychiatric survivors»-bevegelsen beskrives i lys av borgerrettighetsbevegelsen og kampen for like rettigheter til ulike marginaliserte grupper. Denne vektleggingen er ikke tilstede på samme måte i «wounded healer»-begrepet. Det humanistiske perspektivet er også tydelig tilstede i denne boka: «Recognizing the ways that each of us has vulnerabilities, losses, missteps, sorrow, and suffering may help increase our compassion both for others and ourselves as we sense our shared humanity in the face of another.» (Adame et al, 2017:72). «We learned that to deny our woundedness is to deny our shared humanity» (Adame et al, 2017:222).

I tillegg til begrepene «the wounded healer» og «psychiatric survivor therapists» benytter de inkluderte artiklene i min studien ulike begreper for å beskrive den doble identiteten hos psykisk helsearbeidere med egen psykisk vansker: «mental health professionals with lived experience» (Boyd et al, 2016; Byrne et al, 2021;), «people with psychiatric disabilities working as mental health providers» (Fisher, 1994), «prosumers» (Bennett, 2012; Freisen, 2020), «therapatient» (Goldberg et al, 2015), «user-provider» (Roots & Roses, 2020)

Roots & Roses (2020) er to kunstterapeuter som i sin autoetnografiske studie gjør bruk av vignetter for å beskrive hvordan de gjør bruk av egne psykiske vansker i sin kunstterapeutiske praksis. De identifiserer seg selv eksplisitt som «wounded healers» og bruker dette konseptet som utgangspunkt for refleksjoner over erfaringer både i rollen som klienter og som kunstterapeuter. Roots skriver blant annet om egen sårbarhet som en nøkkel for å være en virksom terapeut. Når hun i møte med kollegaer åpent identifiserer seg selv som en «wounded healer» blir det ofte stilt spørsmål om hun er åpen med klienter om dette. Implisitt blir det stilt

spørsmål ved hennes evne til å vurdere om og når hun skal være åpen om dette til klienter. Hun beskriver videre at hun har egne erfaringer med terapeuter som har delt ukritisk og for mye, og at dette har gjort at hun er særdeles oppmerksom og varsom med dette. Forfatterne peker på hvordan innsikt fra deres egne erfaringer som klienter bidrar til at de som terapeuter er langt mer sensitive. De beskriver sin egen kamp med å forsøke å bringe sammen «wounded»-delen og «healer»-delen hos seg selv.

Goldberg et al (2015) intervjuet 12 israelske sosionomstudenter om deres egne erfaringer med psykiske vansker sett i sammenheng med sosionomutdanningen. Studien beskriver den prosessen disse studentene gjennomgikk på veien mot å integrere egne erfaringer med psykiske vansker og læring av terapeutferdigheter i utdanningen. Forfatterne forstår denne prosessen som en bevegelse gjennom flere faser hvor integrering av profesjonell kunnskap og erfaringskunnskap står sentralt. I teksten beskrives den kampen og det strevet som noen av disse studentene hadde med å forene disse to sidene eller delene av seg selv.

Choudhury et al (2019) undersøkte hvordan erfaringer fra selv å ha gått i terapi virket inn på egen terapeutisk yrkesutøvelse hos psykoterapeutstudenter. Gjennom vignetter beskrives studentenes erfaringer. En vignett viser hvordan en tidligere erfaring med selv å ha vært pasient var noe som ga næring til både empati og tålmodighet i møte med pasienter. En annen vignett beskriver hvordan egne tidligere erfaringer med traumer blir reaktivert i møte med lignende erfaringer hos pasienten, noe som førte til utfordringer med å håndtere egne følelser samtidig som å være en hjelper. En tredje vignett beskriver hvordan denne studenten trodde at en tidligere erfaring med tap av et familiemedlem sammen med klinisk opplæring skulle beskytte mot framtidige problemer ved tap og sorg. Ved å ignorere egen sorg over et nytt tap opplevde studenten seg etterhvert mer og mer som en fremmed i møte med pasientene. Studenten erfarte etterhvert at det var mulig å være åpen om egen sorg: «I'm able to be human along with my clients and come alongside them in their grief in a way that I believe is ultimately therapeutic to them» (Choudhury et al, 2019:113). Vignettene i denne studien viser hvordan egne utfordrende livserfaringer hos terapeuter både kan være en ressurs, men at det også kan by på utfordringer og problemer i yrkesutøvelsen som terapeuter.

Bernhardt et al (2019) gjennomførte en norsk studie hvor hensikten var å få kunnskap om hvordan intergrering av personlige og profesjonelle erfaringer virker inn på terapeutisk arbeid. Fjorten psykoterapeuter (to psykiatere og 12 psykologer) ble intervjuet. Forfatterne benytter «wounded healer»-begrepet både innledningsvis og sin diskusjon. De viser imidlertid til omfattende psykoterapiforskning om betydningen av egne psykologiske sår og helingen av disse for å kunne virke som psykoterapeuter. Deres studie er likevel mer opptatt av spenningsfeltet mellom personlig styrke og sårbarhet hos terapeuten, og hvordan dette virker inn på psykoterapeutisk praksis. Forfatterne skriver også om betydningen av å håndtere egen psykologisk smerte og plager. De peker på at litteraturen antyder en sammenheng mellom terapeutens personlig livserfaringer og utøvelsen av den profesjonelle rollen som terapeut. Halvparten av informantene i studien beskrev en sammenheng mellom terapeutferdigheter og egen oppvekst og hvilken rolle de hadde hatt i familien som barn. Ferdigheter som nevnes er evnen til å lytte, gi plass til den andre, være en hjelper og være sensitiv for andres behov. Flere av informantene beskriver disse ferdighetene som både en styrke og en sårbarhet i arbeidet som terapeut. Ved overdrevent fokus og sensitivitet for andre blir fokus innover på seg selv vanskeligere, noe som kan bli overveldende og en mulig kilde til utslitthet. Forfatterne diskuterer derfor «wounded healer»-begrepet og den spenningen som kan være mellom «wounded»-delen og «healing»-delen i den enkelte terapeut, samtidig som de peker på den muligheten som ligger i dette perspektivet. Dette mener de kan skje ved at det reflekteres mer åpent om hvordan personlige styrke og sårbarhet virker inn på yrkesutøvelsen som terapeuter.

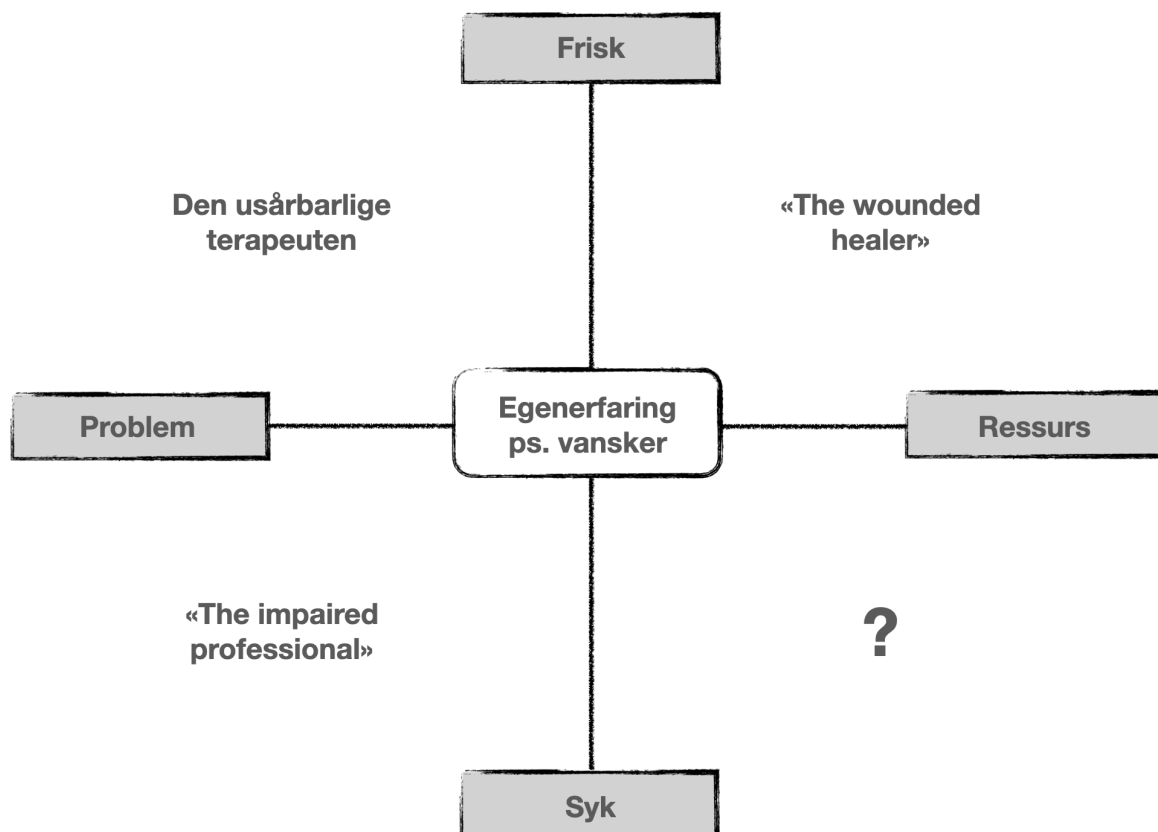
Forfatterne av studien til Bernhard et al (2019) gjorde en kollektiv autoetnografisk studie som ble publisert to år senere (**Råbu et al 2021**). Her er forfatterne selv forskningsobjektet i sin egen studie når de skriver om egne erfaringer med å være klient og i fellesskap har analysert og drøftet sine egne tekster. Studien undersøker hvordan disse seks psykoterapeutene aktivt engasjerer seg for å overføre læring fra personlig terapi til sin egen praksis med klienter. Målet var undersøke hva og hvordan de lærte fra sine egne erfaringer som klienter og bruken av dette i egen yrkesutøvelse som terapeuter. De fant at egne tidlige positive erfaringer med å være klienter var en motivasjon og virket formativt med tanke på selv å bli terapeuter. Egne negative og uønskede erfaringer som klienter forsterket deres egen overbevisning om å handle

annerledes. Positive erfaringer virket som en inspirasjon og en støtte. Det å selv ha jobbet seg gjennom komplekse personlige temaer som klienter ga dem mot til å identifisere og gi rom for lignende indre konflikter hos egne klienter. Forfatterne peker på betydningen av ha en kontinuerlig nysgjerrighet på seg selv som en betydelig ressurs i jobben som terapeut. Dette kommer også til uttrykk ved at de har gjennomført en slik autoetnografisk studie på leting etter sammenheng mellom egne klienterfaringer og jobben som psykoterapeuter. De synliggjør på denne måten også hvordan erfaringskunnskap fra det personlige domenet kan finne veien inn til, og informere det profesjonelle domenet og egen praksis.

Jensen (2007) undersøkte personlige og private erfaringer hos tre familieterapeuter og sammenhengen mellom disse erfaringene og deres yrkesutøvelse. Gjennom intervjuer av disse terapeutene og opptak fra terapi fant Jensen sammenhenger mellom personlig erfaringer og deres terapeutiske praksis som de selv ikke var oppmerksomme på eller klar over. Studien viser at sammenhengen mellom personlige erfaring og yrkesutøvelse hos psykisk helsearbeidere trolig er langt mer sammenvevd enn det teorier om kunnskap og profesjonsutøvelse har vektlagt.

4.3.3 Oppsummering av egenerfaring undersøkt som problem eller ressurs

For å oppsummere egenerfaring med psykiske vansker undersøkt som problem eller ressurs vil jeg ta utgangspunkt i en modell (figur 4) hvor egenerfaring som problem og egenerfaring som ressurs representerer to ytterpunkter på den ene aksen. Langs den andre aksen representerer syk og frisk de to ytterpunktene.



Figur 4: Problem eller ressurs

«Wounded healer»-begrepet peker på de ressursene og muligheten som ligger i det å ha hatt egne erfaringer med psykiske vansker. Noen av tekstene fremhever egen sårbarhet som forutsetning for å utvikle empati overfor andre mennesker med vansker (Bernhard et al, 2019; Zerubavel & Wright, 2012). I noe av den inkluderte litteraturen brukes dette begrepet konkret om bruk av egne sår og egne erfaringer med psykiske vansker for å hjelpe andre (Conchar & Repper, 2014; Adame et al, 2017; Roots & Roses, 2020; Zerubavel & Wrights, 2012). I andre

tekster benyttes begrepet mer i retning av å beskrive en verdsetting av egne psykiske vansker hos psykisk helsearbeidere som en ressurs (King et al, 2020). «Wounded healer»-begrepet har i den inkluderte litteraturen i all hovedsak positive konnotasjoner. Enkelte studier viser imidlertid til både positive og negative konnotasjoner knyttet til dette begrepet (Karbouniaris & van Os, 2021; Richards et al, 2016).

«Wounded healer»-begrepet peker i retning av å normalisere psykiske vansker og at dette blir sett på som en del av livet og vår felles menneskelighet, heller enn å bli forstått som sykdom (Adame et al, 2017; Adams, 2014; Richards et al, 2016; Råbu et al, 2021).

Flere av studiene viser hvordan egne erfaringer med psykiske lidelser hos helsepersonell kan informere deres egen praksis. Mulige positive konsekvenser av egne erfaringer med psykiske vansker er økt empati, bedret inntoningsevne, økt selvaksept og personlig vekst (Bennett, 2012; Bernhard et al, 2019; Choudhury et al, 2019; Oates et al, 2017; Siqveland & Jensen, 2022; Råbu et al, 2021; Zerubavel & Wright, 2012). Et flertall av studiene vektlegger erfaringer med egne psykiske vansker som er ressurs uavhengig av om den deles eller ikke (Elliot & Ragsdale, 2020; Oates et al, 2017; Roots & Roses, 2020; Siqveland & Jensen, 2022;). Egen erfaring med terapi kan gi terapeuter en egen sensitivitet og forståelse i forhold til hva det kan være passelig å dele med klienter av egenerfaringer (Bernhardt et al, 2019; Roots & Roses, 2020; Råbu et al, 2021).

Lovgivningen i flere amerikanske stater og land som Australia gjør at helsearbeidere ikke er åpne om egne psykiske vansker av frykt for å bli angitt og dermed miste jobben (Adame et al, 2017; Edwards & Crisp, 2016; Elliot & Ragsdale, 2020; Holttum, 2017; Kundra & Salzer, 2019). En uønsket slagside av en slik lovgivning er at helsearbeidere i større grad dekker til egne vansker og i mindre grad oppsøker hjelp selv når det er nødvendig.

«The impaired professional» beskriver i tekstene terapeuter som på grunn av egne psykiske vansker ikke er i stand til å fungere tilfredsstillende i jobb eller hvor dette utgjør en potensiell risiko for klientene. Noen av studiene viser hvordan egne psykiske vansker virker forstyrrende inn på deres yrkesutøvelse (Elliot & Ragsdale, 2020; Grice et al, 2017; Oates et al, 2017). Begrepet «the impaired professional» gjenspeiler også en forestilling om at bedring ikke er mulig og at egenerfaring med psykiske vansker ensidig blir sett på som en byrde

(King et al, 2020). Begrepet har i den inkluderte litteraturen utelukkende negative konnotasjoner.

Egne psykiske vansker hos helsepersonell kan gjøre at de er mindre mottakelige for andres følelser fordi de er så oppfylt av egne følelser og erfaringer med psykiske vansker (Choudhury et al, 2019; Oates et al, 2017). Egenerfaring kan slik representere en ekstra sårbarhet i yrkesutøvelsen som terapeut og noe man må ta hensyn til. Betydningen av egenomsorg og det å ta vare på egen psykisk helse er en tematikk i flere av de inkluderte artiklene (Bernhardt et al, 2019; Conchar & Repper, 2014; Roots & Roses, 2020; Zerubavel & Wright, 2012)

«Den usårbarlige terapeuten» peker på forestillingen om hjelperen som en upersonlig maskin som ikke rammes av psykiske vansker. I dette ligger forventninger om at terapeuter er feilfrie supermennesker som ikke besudles av psykiske vansker (Adams, 2014; Choudhury et al, 2019; Conchar et al, 2014; Goldberg et al, 2015; King et al, 2020; Richards et al, 2016). I flere av de inkluderte tekstene fremkommer også holdninger hos helsepersonell hvor det å dele av og bruke egne erfaringer med psykiske vansker blir sett på som uprofesjonelt.

Flere av tekstene omtaler integrering av både en «wounded healer»-identitet og en «impaired professional»-identitet, hvor egne psykiske vansker anerkjennes som både potensielt nyttig, men også potensielt skadelig i terapeutiske relasjoner (Bernhardt et al, 2019; Goldberg et al, 2015; King et al, 2020). Andre påpeker at sammenhengen mellom personlige erfaringer og terapeutisk praksis i stor grad er sammenvevd uten å vektlegge dette som potensielt nyttige eller skadelige (Jensen, 2007; Oates et al, 2018; Råbu et al, 2021).

Som vist ovenfor benytter den inkluderte litteraturen begrepet «the wounded healer» for å beskrive egenerfaring som ressurs hos de psykiske helsearbeiderne hvor deres psykiske vansker har blitt tilhelet eller har ført til personlig vekst. Begrepet «den usårbarlige terapeuten» er uttrykk for en forestilling om at psykisk helsearbeidere ikke kan eller bør rammes av psykiske vansker, og rommer en problematisk og urealistisk forventning om fravær av psykiske vansker. «The impaired professional» beskriver psykisk helsearbeidere som ikke fungerer tilfredstillende i yrkesutøvelsen eller står i fare for å skade klienter på grunn av egne psykiske vansker. Den fjerde kategorien, rammes ikke inn av noe begrep i den

inkluderte litteraturen. Denne kategorien rommer psykisk helsearbeidere som har pågående psykiske vansker og som samtidig bruker sine egne erfaringer i arbeidet med å hjelpe andre. Det synes ikke som om den litteraturen som er inkludert i denne studien benytter noe spesifikt begrep for å beskrive denne posisjonen.

4.4 Stigma og egenerfaring med psykiske vansker hos psykisk helsearbeidere

I denne studien er stigma det temaet som er hyppigst forekommende i den inkluderte litteraturen. Jeg vil her presentere hvordan stigma som begrep og fenomen er omtalt, undersøkt og behandlet. Av de 34 inkluderte artiklene og tekstene er stigma en tematikk som er tilstede i 23 av dem (Adame et al., 2017, Adams, 2014; Bassman, 1997; Bennett, 2012, Boyd et al., 2016, Byrne et al., 2021, Elliott og Ragsdale, 2020, Fisher, 1994; Freisen, 2020; Frese; 2009; Goldberg; 2015; Grice, 2018; Harris et al., 2016, Harris et al., 2020, Hayes, 2020; Holttum, 2017; Karbouniaris & van Os, 2021; King et al., 2020, Kundra & Salzer, 2019; Richards et al, 2016; Roots & Roses, 2020, Vierthaler & Elliot, 2020, Zerubavel & Wright, 2012).

Etter en kort introduksjon av stigmabegrepets historiske og etymologiske bakgrunn vil jeg presentere funn fra artiklene og løpende knytte dette opp mot relevant teori og vitenskaplige arbeider som har undersøkt denne tematikken. I denne analysen ser jeg på hvordan stigmabegrepet blir beskrevet og eventuelt definert. Jeg ser også på hvordan stigmabegrepet blir brukt i de inkluderte kunnskapsproduktene og hvordan begrepet vektlegges. Bruken av stigmabegrepet blir analysert langs aksene «holdning - handling» og «individuell - sosial».

4.4.1 Stigmabegrepets etymologi og historie

Ordet stigma ble introdusert i vestlig språk for omlag 400 år siden (Bennett, 2012). Først i 1619 ble stigma brukt som et billedlig uttrykk og i overført betydning som et merke på skam eller vanære (Bennett, 2012). Ifølge Det norske akademis ordbok (2022) kommer stigma av det greske ordet for «merke, stikk eller stikksår». I overført betydning er det et kjennetegn eller trekk som viser lavere sosial status. Gjennom det indoeuropeiske «steig» er begrepet beslektet med det norske ordet stikke (Caprona, 2013). Goffman (1963) viser til at grekerne

knyttet begrepet stigma til merker på kroppen som avslørte noe dårlig eller avvikende vedrørende bærerens moralske status. Stigma viste at den merkede var slave, kriminell, forræder, uren eller en som tilhørte en gruppe mennesker som ikke var sosialt akseptert og som burde unngås. Ifølge Goffman er begrepet i nyere tid, i større grad enn i gresk tid, knyttet til vanære og skam enn til konkrete kroppslige brenn-, skjære- eller stikkmerker (Goffman, 1963). Bennett viser til sosiologen Falk og hvordan stigma refererer til et usynlig merke som tillater medlemmene av en gruppe å trekke en demarkasjonslinje som begrenser inkludering i gruppen (2011:14). Stigma markerer slik et skille mellom dem og oss i sosiale strukturer. Det beskriver en prosess som styrker bånd og integritet innad i gruppen, og gjennom diskriminering og utstøting av andre individer basert på gitte kjennetegn. Bennett peker på at termen stigma knyttes til negative erfaringer med psykiske vansker først på 1960-tallet.

Goffmans avhandling Stigma fra 1963 utgjør på mange måter et teoretisk utgangspunkt. Videre er vitenskapelige arbeider av Link & Phelan (2001) et omdreiningspunkt for min analyse av tekstene. Link & Phelan (2001) peker på de utfordringer som knyttes til begrepet og fenomenet stigma. Det er en stor variasjon i hvordan forskning har definert stigma. Med bakgrunn i kompleksiteten knyttet til fenomenet mener de at det kan være klokt å ikke begrense seg til en snever definisjon så lenge forskerne selv er tydelige på hva som menes når begrepet brukes (Link & Phelan, 2001). Det er derfor av interesse å undersøke om tekstene som inngår i denne studien har definert stigma og i tilfelle hvordan stigma er definert.

Den inkluderte litteraturen har benyttet og undersøkt stigmafenomenet i forhold til psykiske vansker hos helsepersonell fra ulike synsvinkeler. Noen av tekstene har primært benyttet stigmabegrepet om holdninger, mens andre tekster har er en vektlegging av handlingsaspektet ved stigma. Det er også ulikt hvordan tekstene benytter stigmabegrepet som et individuelt eller et sosialt fenomen. Flere av tekstene benytter stigma i flere av disse betydningene.

Jeg vil først vise til litteratur som vektlegger stigma som holdninger. Deretter vil jeg vise til litteratur som primært vektlegger stigma som et individuelt fenomen. Dernest vil jeg presentere litteratur som vektlegger stigma som et sosialt fenomen og til sist vil jeg vise til tekster som primært vektlegger handlingskomponenten i stigmafenomenet. I oppsummering av stigmabegrepet vil jeg illustrere disse ulike aspektene i en figur.

4.4.2 Stigma som holdninger - stereotypier, fordommer og avsky

Noe av den inkluderte litteraturen vektlegger stigma primært som holdninger. Her følger en presentasjon av denne litteraturen.

Harris et al (2016) gjorde en survey-undersøkelse av 101 psykisk helsearbeidere med fokus på stigma blant de som har egenerfaring med psykiske vansker. Dette gjenspeiles også i tittelen på artikkelen: «Provider Lived Experience and Stigma». Det blir imidlertid ikke gitt noen entydig definisjon av stigmabegrepet. Innledningsvis synes stigmabegrepet å være knyttet til negative holdninger til psykiske lidelser hos psykisk helsearbeidere og mulig konsekvenser av dette i møte med pasientene. Det pekes blant annet på tendenser til overdiagnostisering, negativ bruk av diagnoser som merkelapper, mer negative prognoser og mer begrensende behandlingsvalg. Forfatterne synes altså innledningsvis å bruke stigmabegrepet i betydningen negative holdninger og hvordan dette setter sitt preg på praksis. Videre er Harris et al særlig opptatt av stigmareduksjon og viser til flere forskningsarbeider av Corrigan et al (2012, 2013). Corrigan et al (2012, 2013) peker særlig på kontinuerlig kontakt med individer i tilsvarende sosial rolle som anerkjenner egne erfaringer med psykiske vansker som et virkningsfullt tiltak for stigmareduksjon. Mangelen på en definisjon av stigmabegrepet i studien til Harris et al (2016) gjør likevel at også begrepet stigmareduksjon blir vagt og at det blir utydelig hva som faktisk skal reduseres. Stigmabegrepet synes i denne studien å ha en vektlegging av stigmabegrepet som negative holdninger og fordommer.

Slik Link & Phelan (2001) definerer stigma består det av følgende fem komponenter:

1. Merkelapper som settes på mennesker med en annerledeshet (labelling).
2. Negative stereotypier på grupper av mennesker med samme type annerledeshet
3. Utstøtelse og etablering av et skille mellom oss og dem
4. Opplevelse av statustap hos den stigmatiserte og diskriminering av den stigmatiserte
5. Den dominerende utøver makt over den stigmatiserte

I artikkelen til Harris et al (2016) går forfatterne fra en innledningsvis lite entydig definisjon av stigma innledningsvis til en svært snever definisjon begrepet. I studien testes to hypoteser

hvor stigma defineres som *ikke-identifisering med pasienter eller psykisk helsearbeidere som har egenerfaring med psykiske vansker* (Harris, 2016:605). Det er særlig komponent tre i Link & Phelans definisjon - etablering av et skille mellom oss og dem - som korresponderer med stigma definert som ikke-identifisering. En slik definering forutsetter også prosessene i de to foregående komponentene i Link og Phelans definisjon: Labelling og negative stereotypier. I sin studie fant Harris et al (2016) at recoverykunnskap, egenerfaring og arbeidsengasjement hos disse 101 psykiske helsearbeiderne var assosiert med mindre stigma mot klientene. De fant imidlertid ikke at egenerfaring var assosiert med mindre stigma overfor kollegaer som hadde egenerfaring med psykiske vansker. I denne studien ser altså recoverykunnskap, egenerfaring og arbeidsengasjement ut til å redusere stigma knyttet til klienter, men at stigma rettet mot kollegaer med egne psykiske vansker ikke reduseres av disse faktorene. På bakgrunn av dette antar forfatterne at en arbeidskultur preget av å ikke dele egenerfaringer med kollegaer kan bidra til økt stigma hos helsepersonell.

Kundra & Salzer (2019) hevder innledningsvis i sin artikkel at psykisk helsearbeidere som har egenerfaring med psykiske lidelser kan tilføre psykisk helsefeltet et annet perspektiv. De viser til flere psykoterapeuter som var tidlig ute med å være åpne om egne vansker og som kjempet mot fordommer og diskriminering. Forfatterne viser til øvrige studier hvor psykoterapeuter, som hadde vært innlagt i sykehus på grunn av egne psykiske vansker, rapporterte om økt empati, mindre stigmatiserende holdninger og sterkere tro på bedring hos egne klienter (Cain, 2000). De viser imidlertid også til en rekke studier hvor sosionomer og andre psykisk helsearbeidere ikke velger å være åpne av frykt for å bli sett på som negativt annerledes av kollegaer og av frykt for diskriminering. De skriver videre at holdninger og fordommer rettet mot mennesker med psykiske lidelser ikke synes å være annerledes hos psykisk helsearbeidere enn i befolkningen ellers, og at noen studier tyder på at holdninger hos psykisk helsearbeidere er enda mer negative. (Harris et al, 2016; Schulze, 2007; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010).

Grice et al (2018) påpeker innledningsvis i sin artikkel at psykisk helsearbeidere med psykiske vansker gjennom åpenhet om egne vansker kan de-stigmatisere psykiske vansker og vise at det ikke trenger å være en kilde til skam. Gjennom å stå fram med stolthet kan de bidra til reduksjon av både internalisert og offentlig stigma knyttet til psykiske vansker (Corrigan et

al, 2013). Forfatterne fant ikke at forventet stigma hos informantene, 348 engelske psykologstudenter, var en avgjørende faktor når de vurderte åpenhet om egne psykiske vansker. De fant imidlertid et større forventet stigma knyttet til psykiske vansker som lå tilbake i tid sammenlignet med pågående psykiske vansker. Det var altså mer sannsynlig at de var åpne om pågående psykiske vansker enn om vansker som lå tilbake i tid. Med fokus på forventet stigma har stigmabegrepet hos Grice et al en vektlegging av stigma som holdninger.

Hensikten med scoping review-studien til **King et al (2020)** var å identifisere faktorer som påvirker åpenhet om egne psykiske vansker hos psykisk helsearbeidere til kollegaer og veiledere. Blant de 23 primærstudiene som ble inkludert i deres studie var det særlig to faktorer som ble assosiert med stigmabegrepet hos Link & Phelan: Diskriminering og «oss-og-dem»-dikotomien. Diskriminering ble identifisert som faktor i ni av artiklene og «oss-og-dem»-dikotomien i sju av de 23 artiklene. Når King et al bruker stigmabegrepet synes det i hovedsak å være forstått som negative holdninger og fordommer. Stigmabegrepet blir blant annet brukt sammen med begrepene holdninger (stigmatizing attitudes) eller oppfatninger (stigmatizing beliefs). Forfatterne bringer ikke til torgs en definisjon av stigmabegrepet. Med henvisning til annen forskning viser de også til at skillet mellom «oss-og-dem» spesifikt forsterker stigma (King et al, 2020:1048). Når de refererer til denne demarkasjonslinjen er det i betydningen at individer med egne psykiske vansker er signifikant annerledes enn resten av befolkningen. Jeg vil vende tilbake til «oss-og-dem»-tematikken senere. I det følgende presenterer jeg inkluderte tekster hvor stigma primært beskriver et individuelt fenomen. Først vil jeg vise til begrepet den potensielt miskrediterte som er sentralt hos Goffman (1963) og som vedrører stigma som individuelt fenomen.

4.4.3 Den potensielt miskrediterte

Den potensielt miskrediterte er hos Goffman (1963) et uttrykk for et skjult potensiale eller sårbarhet for stigmatisering hos en person. Det beskriver når en person gjenkjenner en annerledeshet eller et miskrediterende kjennetegn hos seg selv og setter en merkelapp på dette kjennetegnet som assosieres med negative stereotypier. Vedkommende er imidlertid ikke åpen, men holder informasjon om dette skjult for sine omgivelser i frykt for å bli stigmatisert dersom det blir kjent av andre. Hovedutfordringen for den potensielt miskrediterte er i følge

Goffman å styre informasjonen om sitt avvik: «Av dette følger fortløpende vurderinger av å vise det åpent eller ikke, å fortelle om det eller ikke, å innrømme det eller ikke, å lyve eller ikke» (1963:60). Dette kan føre til ulike utfordringer i kontakt med andre.

Goffman (1963) viser til at det åpenbart er noen fordeler med å holde sitt stigma skjult for andre og derigjennom bli ansett som normal. Den potensielt miskrediterte person kan også velge å åpent dele informasjon om eget stigma. Det mest alminnelige for den stigmatiserte vil likevel være at vedkommendes stigma er kjent i noen relasjoner og at det helt ukjent i andre relasjoner. Dette kan få form av et dobbeltliv, med det Goffman (1963) kaller en dobbel biografi: To sett med informasjon som benyttes adskilt fra hverandre og i ulike sosiale settinger.

I survey-undersøkelsen til **Harris et al (2020)** blir det påpekt at en stor andel av psykisk helsearbeidere med egenerfaring som opplevde mobbing ikke hadde delt informasjon om egne psykiske vansker med sine kollegaer. Studien viser til potensielt miskrediterte som på tross av valg om å ikke dele informasjon om egne psykiske vansker erfarte diskriminerende handlinger fra kollegaer. Forfatterne antar i forlengelsen av dette at det å skjule egne psykiske vansker ikke er en god strategi for å unngå mobbing.

Den potensielt miskrediterte er hos Goffman (1963) beskrivelsen av en prosess som i hovedsak er individuell og intrapersonlig, og hvor stigmaet ikke er kjent for omgivelsene. Den finner sted inne i den aktuelle personen og er i større grad drevet av frykt for hva som vil skje dersom det potensielt stigmatiserende ble kjent.

Elliot & Raggsdale (2020) intervjuet i sin studie psykoterapeuter med egne psykiske vansker. Forfatterne beskriver hvordan fordommer og stereotypier også er tilstede hos psykoterapeuter som selv har egenerfaring med psykiske vansker. Studien viser hvordan internalisering av stigma også kan føre til negative stereotypier og fordommer rettet mot andre med samme stigma som det en selv bærer.

4.4.4 Stigma som et individuelt fenomen

Her følger en presentasjon av litteratur som vektlegger stigma som en individuelt fenomen. Som individuelt fenomen kan stigma innebære frykt for å bli stigmatisert. Det kan også innebære en stigmatisering av seg selv og at stigma blir en internalisert del av ens egen identitet.

Bennett (2011) er nok den av de inkluderte tekstene som mest inngående går inn i stigmafenomenet knyttet til psykiske lidelser. I sitt doktorgradsarbeid har hun undersøkt hvordan stigma knyttet til psykiske lidelser ble erfart av psykisk helsearbeidere som også har pasienterfaringer. Gjennom kvalitative dybdeintervjuer av åtte psykologer undersøkte hun hvordan stigma og frykt for stigma ble erfart både som sosialt fenomen i ulike relasjoner og som selvstigma. I den teoretiske delen av avhandlingen gjøres det rede for stigmakonseptet i bred forstand og fra ulike synsvinkler. Her refereres det til en rekke teoretiske perspektiver og til ulike teoretikere som blant annet Goffman, Falk, Link og Corrigan. Det savnes likevel at det i dette omfattende arbeidet blir gjort rede for hvilken forståelse av stigmakonseptet som legges til grunn nettopp i denne utforskningen.

Byrne et al (2021) gjennomførte semistrukturerte intervjuer av 132 ansatte i psykisk helsefeltet i fem helseorganisasjoner i USA. Hensikten med studien var å undersøke hvilken innvirkning ansettelse av erfaringsmedarbeidere har på åpenhet om psykiske vansker hos psykisk helsearbeidere og strategier som understøtter åpenhet. Studien viser hvordan frykt for stigma gjorde at psykisk helsearbeidere ikke våget å være åpne om egne psykiske vansker. De fant at erfaringsmedarbeidere gjennom modellering, trening og veiledning kan bidra til at psykisk helsearbeidere blir tryggere på åpenhet om egne psykiske vansker. Bruk av erfaringsmedarbeidere for å redusere det stigma som psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker erfarer, hevder forfatterne har støtte i betydelig forskning. Forfatterne foreslår konkret bruk av erfaringsmedarbeidere som et stigmareduserende tiltak. Forfatterene berører i studien ulike former for stigma: Frykt for stigma, potensielt stigma, selvstigma og opplevd stigma. Det gjøres imidlertid ikke rede for hva forfatterene forstår med stigmabegrepet. I sammenheng med reduksjon av stigma vises det også her til Corrigan sin forskning (Corrigan & Al-Khouja, 2018). Slik stigmabegrepet blir brukt viser det på den ene siden til offentlig stigma i bred forstand som et sosialt konsept. Det kan likevel synes som om

forfatterne med sin bruk av stigmabegrepet i større grad forstår det som et individuelt konsept. Bruken av ordsammenstillingene «frykt for stigma, potensielt stigma og opplevd stigma» i teksten understøtter at stigma i denne teksten brukes for å vektlegge innenfraperspektivet mer enn de strukturelle sidene ved stigma.

Gjennom kvalitative intervjuer undersøkte **Goldberg et al (2015)** sosionomstudenter med egne psykiske vansker i Israel. Forfatterne peker på hvordan denne profesjonen ikke har tatt tilstrekkelig avstand til stigma og diskriminering av psykiske vansker. Stigma fremstår ikke som et hovedtema i artikkelen. Forfatterne hevder likevel at både selvstigma og offentlig stigma er utfordringer som disse sosionomstudentene med egne psykiske vansker står ovenfor.

Freisen (2020) beskriver i sin førstepersonfortelling hvordan hun som lege lenge kjempet mot å få diagnosen bipolar lidelse. Hun forteller om prosessen med å akseptere plagene og at hun etterhvert begynte å se på disse erfaringene som en ressurs i arbeidet som lege. Når stigmabegrepet benyttes i hennes tekst gjøres det for det første fra et innenfraperspektiv, et individperspektiv. Det knyttes da tett opp mot skam over å ha en psykisk lidelse, en merkelapp, en diagnose, over å ikke ha kontroll over egne sanser og adferd. Dernest brukes stigmabegrepet i et samfunnsperspektiv og direkte knyttet opp mot hennes initiativ til å starte en interessegruppe i Tyskland for psykisk helsearbeidere med psykiske lidelser, hvor reduksjon av stigma mot mennesker med psykiske lidelser er et uttalt mål.

Roots & Roses (2020) er to amerikanske kunstterapeuter som har skrevet en autoetnografisk tekst under pseudonymer. Vignetter med korte historier fra konkrete episoder i egne liv danner utgangspunkt for en refleksjon og diskusjon over tre tema: stigma, åpenhet og flytende roller. Under refleksjon over stigma skriver de at «wounded healer»-terapeuter ofte erfarer både internalisert og sosialt stigma. Når det gjelder internalisert stigma eller selvstigma refererer de til Corrigan's definisjon (Corrigan et al., 2009): Noe som oppstår når mennesker med psykiske lidelser aksepterer miskrediterende oppfatninger om seg selv og er enige i negative stereotypier. Når det gjelder sosialt stigma viser de til Link & Phelan (2001) og det som skjer gjennom labelling, stereotypier, separasjon, statustap og diskriminering. I sin tekst beskriver forfatterne på en nær måte hvordan kampen mot sosialt stigma tilknyttet psykiske lidelser

utkjempes. Det blir gjennom denne teksten likevel tydelig at denne kampen først og fremst er en kamp som utkjempes i dem selv, mer enn som en kamp i direkte møte med andre kollegaer eller samfunnet. De bruker selv også begrepet internalisert stigma for å beskrive dette både i forhold til seg selv, men også i en beskrivelse av psykisk helsearbeidere som gruppe og deres forstilling om egne psykiske vansker: «The collectively internalized stigma that is a hallmark of mental health professions...» (Roots & Roses, 2020:78). Forfatterne har skrevet denne teksten blant annet for å komme til livs stigma knyttet til psykiske vansker hos psykisk helsearbeidere. Det at de også velger å skrive en slik tekst under pseudonymer sier noe om hvor overveldende frykten for stigma er. Det er også dette perspektivet på stigma som trer tydeligst frem i denne teksten. Forfatterne peker også på paradokset knyttet til åpenhet om egne psykiske vansker og at åpenhet er vanskeligere i møte med kollegaer enn i møte med klienter. Opplevelsen av skam er mer tilstede i møter med kollegaer enn i møter med klienter.

I en kommentar til studien av King et al (2020) påpeker **Hayes (2020)** at man skulle tro at psykisk helsefeltet skulle være det tryggeste stedet å dele egen historie om psykisk vansker, men at dette ikke er tilfelle. Forfatteren hevder at det er en målrettet diskriminering og undertrykking av spesifikke grupper i samfunnet, og at dette ofte fører til at disse gruppene ubevisst internaliserer denne feilaktige informasjonen. Han påpeker at psykisk helsearbeidere ofte uttaler seg om stigma rettet mot pasienter, men at de er mer nølende når det gjelder å snakke om egne psykiske vansker. Hayes hevder i sin korte kommentar at stigma også er internalisert hos psykisk helsearbeidere på en sann måte at de selv ikke våger være åpne om egne psykiske vansker. Han oppfordrer fagfolk til å omfavne sin egen reise inn i dette fagfeltet og at egenerfaring med psykiske vansker bør bæres med stolthet.

Holtum (2017) drøfter og kommenterer to andre studier (Edwards & Crisp, 2016; Harris et al, 2016) av psykisk helsearbeidere som også er tjenestemottakere. Holtum påpeker at psykisk helsearbeidere har både pessimistiske og stigmatiserende holdninger ovenfor mennesker med psykisk vansker og at dette gjør at de skjuler og i liten grad er åpne om egne psykiske vansker (Edwards & Crisp, 2016). Dette fører også til at de i mindre grad oppsøker psykisk helsehjelp når de er i behov av det. Edwards & Crisp (2016) mener at psykisk helsearbeidere står i fare for å miste troverdighet dersom de ikke har de samme standarder for seg selv som de har overfor andre når det gjelder aksept og åpenhet for psykiske vansker.

Frykt for stigma og diskriminering synes å være en av årsakene til at psykisk helsearbeidere ikke er åpne om egne psykiske vansker. For psykisk helsearbeidere i Australia kommer også frykten for å miste sin autorisasjon. Holttum mener det er avgjørende at psykisk helsearbeidere er åpne om egne psykiske vansker for å komme til livs det stigmaet som er knyttet til psykiske lidelser. Hun mener at det også kan gjøre at de profesjonelle da blir mer bevisst på egne feil og uhjelpsomme former for omsorg, og mer klar over hva som kan være til hjelp (Holttum, 2017).

4.4.5 Stigma som et sosialt fenomen

Her følger en presentasjon av den litteraturen som vektlegger stigma som et sosialt fenomen. Disse tekstene vektlegger i stor grad både holdnings- og handlingskomponenten i stigmabegrepet, i tråd med alle de fem komponentene i Link & Phelans (2001) definisjon av stigma.

Bassman (1997) er en amerikansk psykolog med tidligere schizofrenidiagnose. I sin autoetnografiske tekst peker han på det stigma som knyttes til psykiske lidelser og vansker i samfunnet. Slik forfatteren bruker stigmabegrepet rommer det stereotypier, devaluering og diskriminering av mennesker med psykiske lidelser. Bassman mener at denne stigmatiseringen gjennomsyrrer både massemediene og det psykiske helsesystemet. Han beskriver dette som en kamp for menneskerettigheter og for at mennesker med psykiske lidelser skal bli sett på og akseptert som hele mennesker. Bassman viser til psykologer som i senere tid (les: på 1990-tallet) har vært åpne om egne psykiske lidelser. Han oppfordrer særlig psykologer til å stille spørsmål ved de såkalte sannhetene om psykiske lidelser og stå opp for folks rettigheter.

Fisher (1994) er en amerikansk psykiater med psykiske funksjonsnedsettelse (forfatterne foretrekker dette begrepet fremfor psykisk lidelse eller psykiske vansker). I sin autoetnografiske artikkel er han opptatt av at psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker kan bidra til å endre det psykiske helsesystemet i riktig retning. Han peker imidlertid på flere barrierer. Blant annet skriver han at de psykiske helseprofesjonene er blant de mest diskriminerende og stigmatiserende ovenfor mennesker med psykiske vansker, og at psykiske

helsearbeider med egne psykiske vansker blir objektivisert og merket på samme måte som pasientene (Fisher, 1994:68). Fisher hevder at den medisinske modell med diagnoser bidrar til dette og at det å bli merket som psykisk syk er svært stigmatiserende og dehumaniserende. Forfatteren peker på tendensen hos psykisk helsearbeidere til å omtale pasienten som den schizofrene eller den deprimerte, hvor psykiske lidelser og identitet smelter sammen. Fisher vektlegger stigmatisering som en sosial prosess hvor merking, diskriminering og dehumanisering er elementer.

Frese et al (2009) gir i sin artikkel en innføring i tilfriskning etter schizofreni, og drøfter både den medisinske modellen og recoverymodellen. I tillegg til sine akademiske utdanninger hadde alle tre forfatterne også en schizofrenidiagnose. Artikkelen presenterer amerikanske psykiatere, psykologer og andre diagnostisert med schizofreni og deres syn på bedringsprosesser. Noen av de som presenteres i artikkelen tematiserer stigma: Carol North (psykiater) beskrives som særlig sensitiv ovenfor det stigmaet som følger med alvorlig psykisk lidelse. Patricia Deegan (psykolog) mener samfunnet er preget av diskriminering, stigma og manglende respekt ovenfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser som er i bedring. Ron Bassman (psykolog og forfatter av en annen inkludert artikkel her) fremhever at effektene av sykehusbehandling, psykiatriske merkelapper, knuste drømmer og stigma trolig er mer skadelig enn den opprinnelige tilstanden i seg selv. Elyn Saks (sykepleier/jurist) understreker at stigma er en stor barriere for personer i bedring, hvor stigma knytte til schizofreni kanskje er det mest dyptgripende. Omtrent alle de psykiske helsearbeiderne i denne artikkelen understreker vanskelighetene med å overvinne gjennomgripende stigma, fiendtlige holdninger og andre samfunnsmessige barrierer for å bli frisk.

Zerubavel & Wright (2012) har i sin review-artikkel om «the wounded healer» undersøkt faktorer relatert både til sosialt stigma og selvstigma. De peker på den påfallende stillheten som preger fagfeltet når det kommer til terapeuters egne erfaringer med egne sår og psykiske vansker. Stigmabegrepet blir gitt en stor plass i deres gjennomgang av tidligere forskning som omfatter «the wounded healer». De viser imidlertid ikke til en definisjon av begrepet. Slik det blir brukt er det en hovedvekt på de utfordringer helsepersonell med egne erfaringer med psykiske vansker møter blant kollegaer og i samfunnet. Forfatterne diskuterer hvilke overveielser psykisk helsearbeidere med egne sår må gjøre i møte med både selvstigma og

stigmatiserende holdninger hos kollegaer. På grunn av manglete dialog og tausheten i fagfeltet knyttet til egne psykiske vansker hos helsepersonell er det mange som velger å ikke være åpne om dette. Forfatterne drøfter også hvilke risikoer og muligheter som ligger å det å være åpne om egne psykiske vansker overfor klienter, kollegaer og i samfunnet.

Richards et al (2016) undersøkte og drøftet i liten grad stigma i sin diskursanalyse av 10 intervjuer med psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker. I sin introduksjon til studien blir dette derimot tematisert. Forfatterne drøfter hvordan en medisinsk-psykiatrisk modell og en personlig recoverymodell kan ha betydning for stigma knyttet til psykiske lidelser. De beskriver en bevegelse i flere land bort fra en medisinsk modell til en mer recoveryorienterte modell, bort fra fokus på diagnoser, sykdom og symptomer til fokus på styrker, håp, helbredelse, verdier og inklusjon (Richards et al, 2016:2). De hevder at det å se på psykiske lidelser som forårsaket av biologi er noe som kan øke stigma og sosial isolasjon, og at dette særlig gjelder for schizofrenidiagnosen. Motsatt viser de til at en recoveryorientering av tjenestene har bidratt til at profesjonelle i større grad blir gitt mulighet til å snakke om egne vansker og egen bruk av tjenester fordi disse erfaringene blir sett på som verdifulle.

Elliott & Raggsdale (2020) gjennomførte i sin studie kvalitative dybdeintervjuer av 12 psykoterapeuter som selv hadde erfaring med psykiske vansker. Ett av tre hovedtemaer som adresseres i deres artikkel er stigma blant psykisk helsearbeidere. De fant at negative stereotypier, fordommer og diskriminering på arbeidsplassene var årsak til reservasjon mot åpenhet om egne psykiske vansker ovenfor kollegaer. Også i denne kvalitative studien er det tydelig at psykisk helsearbeidere gjør fortløpende overveielser knyttet til hvem de vil fortelle om egne psykiske vansker eller ikke. To av informantene som regelmessig deler av egenerfaring med sine kollegaer gjør dette for å bekjempe stigma knyttet til psykiske lidelser. Studien gir også eksempler på at tilsvarende fordommer og stereotypier var tilstede hos informantene selv. De ble altså ikke kun utsatt for fordommer, men hadde selv de samme fordommene mot andre psykoterapeuter med psykiske vansker. Dette illustrerer hvordan stigma som prosess ikke nødvendigvis er ensrettet i sosiale relasjoner, men at det er sammenvevd og noe som peker i ulike retninger. Elliot & Raggsdale har forøvrig en definisjon av stigmabegrepet i sin studie og gjør dette med referanse til Corrigan (2005). Med

stigma rammer de inn en prosess hvor negative stereotyper støttes og fordommer forsterker diskriminering eller urettferdig oppførsel ovenfor de stigmatiserte.

Adame et al (2017) ønsker med deres bok å gjøre egenerfaring med psykiske vansker og psykiatrisk behandling til en verdifull kilde heller enn en kilde til stigma og skam. Stigma blir i denne boka ofte brukt sammen med begrepet diskriminering. Forfatterne skriver at ironisk nok er den profesjonen som er designet for å hjelpe mennesker i nød ikke immune mot det rådende stigma og stereotypier om psykiske lidelser (2017). De peker på forskning som understøtter at psykisk helsearbeidere av frykt for tap av status eller for å bli ansett som uegnet, ikke forteller om sine personlige problemer. De skriver også om tendensen som mennesker har til å stigmatisere hos andre det de ikke har greid å akseptere som en del av seg selv (2017:80). Boka som har undertittelen «Beyond us and them» handler i stor grad om betydningen av å bygge ned stigma og diskriminering knyttet til de som er merket med merkelappen psykiske vansker gjennom å bryte ned skillet mellom oss og dem. Det gis i boka inngående beskrivelser av hvilke konsekvenser stigma har hatt i forfatterens liv. Samtidig med et individuelt fokus på stigma, rettes også søkelyset mot prosesser på gruppe og samfunnsnivå og behovet for endring og handling. I store deler av boka er dette skillet mellom *dem* og *oss* en tematikk som drøftes og en demarkasjonslinje som gjentakende utfordres.

Vierthaler & Elliot (2020) diskuterer stigma i en autoetnografisk artikkel skrevet av en psykolog med egenerfaring ansatt i Veterans Affairs (USA) og hennes venninne. De beskriver hvordan stigma, negative holdninger blant kollegaer og diskriminering gjør at mange helsearbeidere med egne psykiske vansker velger å ikke være åpne om dette. Vierthaler forteller hvordan det å bli diagnostisert med bipolar lidelse kom med stigma som et tungt vedheng. Fra sine kollegaer fikk hun svært ulike kommentarer. På den ene siden var det kollegaer som så på dette som en ressurs i arbeidet som terapeut. På den andre siden var det kollegaer som mente hun var en fare for klienter og at hun ikke kunne praktisere som psykolog, eller at hun ikke kunne være åpen om dette som psykolog. Hun kjente på faren for internalisering av stigma dersom hun valgte å ikke være åpen om dette, og at dette også ville ha negativ innvirkning på hennes psykiske vansker. Dette narrative er skrevet av de to forfatterne for å bekjempe stigma og diskriminering knyttet til psykiske vansker, også det

stigma som erfares av psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker. Stigma i denne teksten blir primært beskrevet som et sosial fenomen og noe som kan bekjempes.

4.4.6 Stigma som handling

Til sist vil jeg presentere inkludert litteratur som vektlegger handlingskomponenten i stigmabegrepet. Som handlinger innebærer stigma både diskriminering og utstøtelse. Disse handlingene forutsetter også en utøvelse av makt i sosiale relasjoner.

Adams (2014) bruker ikke begrepet stigma eksplisitt i sin ytring i *Therapy Today*. Gjennom et eksempel peker hun likevel på den diskriminering som psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker kan erfare fra kollegaer. Etter en presentasjon av sin studie av 40 terapeuter, hvorav halvparten hadde erfaring med depresjon, ga en av tilhørerne følgende respons: «Well, they shouldn't be working!» (Adams, 2014).

Boyd et al (2016) gjennomførte en anonym spørreundersøkelse, med en kvalitativ del, hvor de undersøkte egenerfaring med psykiske lidelser hos 77 psykisk helsearbeidere. I denne undersøkelsen oppgir to tredeler av informantene at deres kollegaer kjenner til deres erfaring med psykiske lidelser. De hadde i snitt vært åpne med 16% av kollegaene. En tredel av informantene hadde vært åpne om egne erfaringer med psykiske vansker overfor klienter. I dette materialet var det altså en overvekt av psykisk helsearbeidere som hadde vært åpne med sine kollegaer om egen psykisk lidelse. Boyd et al (2016) oppgir ingen definisjon av stigmabegrepet. En av studiens hensikter var å undersøke diskriminering som følge av åpenhet. Stigmabegrepet blir slik sterkt knyttet opp mot diskriminerende handlinger. En tredel av informantene som svarte på den kvalitative delen av undersøkelsen mente man burde være forsiktige med å være åpne om egne psykiske vansker. Informantene rapporterte både om konkrete erfaringer med diskriminering og om frykt for stigmatisering dersom de var åpne om egne psykisk vansker. Studien besvarer i liten grad spørsmålet om diskriminering som følge av åpenhet. Funnene i studien er like fullt en illustrasjon på hvordan den enkelte hele tiden og i ulike relasjoner står overfor fortløpende vurdering om å være åpen eller ikke om egne psykiske lidelser. Med utgangspunkt i Goffman (1963) kan man si at informantene opererer med dobbel biografi i samme sosiale kontekst. I relasjon til sine kollegaer vil disse

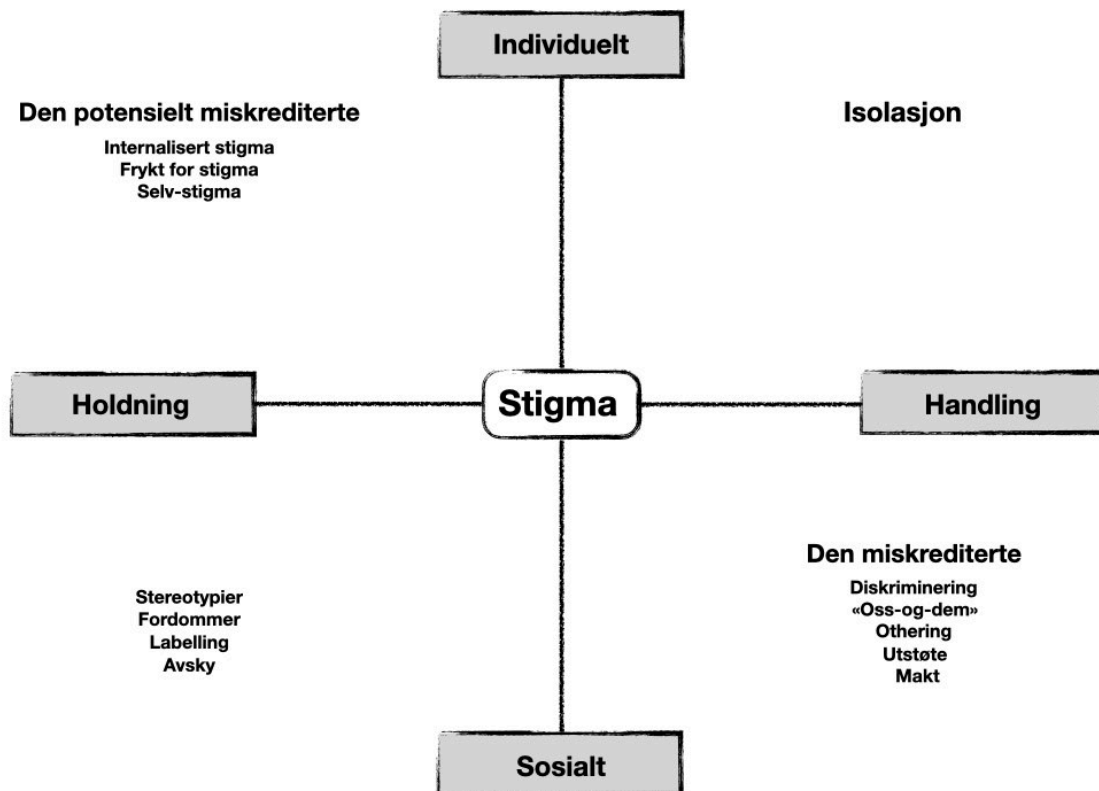
informantene kunne ha rollene som potensielt miskreditert og som miskrediterte. De miskrediterte i denne studien er de av informantene som i forlengelsen av åpenhet om egen psykisk lidelse i møte med enkelte kollegaer hadde erfart diskriminering.

Harris et al. (2020) gjennomførte en survey hvor de undersøkte erfaringer med mobbing på arbeidsplassen blant 40 psykisk helsearbeidere som har egenerfaring med psykiske vansker. Stigmabegrepet benyttes også i denne studien, men er langt mindre sentralt enn mobbebegrepet. Mobbing er i denne studien definert som: a) mobbing pågår over en periode på minimum seks måneder, b) handlingene skjer gjentatte ganger, c) ubalansert maktforhold mellom mobberen og den mobbede, d) den som mobbes antas å ha få ressurser til å stoppe prosessen. Som eksempler på mobbeadferd nevnes verbalt overgrep, trusler og truende adferd, ydmykelse, maktmisbruk og sosial isolering. Forfatterne fant at disse 40 psykiske helsearbeiderne med egenerfaring opplevde mobbing på arbeidsplassen i langt større grad enn ellers i samfunnet. Selv om denne studien ikke spesifikt har undersøkt forekomst av stigma, er deres definisjon av mobbing nært knyttet til de to siste komponentene i Link & Phelans (2001) definisjon av stigma: diskriminering og maktutøvelse ovenfor den stigmatiserte. Et interessant funn i studien til Harris et al (2020) var at flesteparten (68%) av de psykiske helsearbeiderne som opplevde mobbing på arbeidsplassen ikke hadde vært åpne overfor sine kollegaer om sine egne psykisk vansker. Studien viser at potensielt miskrediterte frykter at de står i fare for å bli utsatt for diskriminerende handlinger fra sine kollegaer. Forfatterne antar i forlengelsen av dette at det å skjule egne psykiske vansker ikke er en god strategi for å unngå mobbing.

Karbouniaris & van Os (2021) henvender seg i sin kommentarartikkel primært til psykiatere og skriver at disse kan erfare skam, forlegenhet og frykt for fordommer dersom de er åpne om egne psykiske vansker. Forfatterne fremhever imidlertid at erfaringer med egne psykiske vansker kan være en ressurs som har potensiale til å endre det stigmaet som knyttes til psykiske lidelser: «When implicitly or explicitly using their personal experiences as a resource for patients, psychiatrists may contribute to a culture change in which stigma and shame around mental distress are relieved» (Karbouniaris & van Os, 2021:37). Forfatterne skriver om nederlandske psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker som nå kommer sammen for å dele disse erfaringene.

4.4.7 Oppsummering av stigmabegrepet i den inkluderte litteraturen

Stigma som fenomen vektlegges svært ulikt i den inkluderte litteraturen. Tematikken er tilstede i to tredjedeler av tekstene. Det er imidlertid kun et fåtall av studiene som har definert stigmabegrepet på en tydelig måte. I omlag en tredjedel av tekstene som omtaler stigma blir dette primært vektlagt som et individuelt fenomen. Frykten for stigma gjør at enkeltindivider ikke våger være åpen om egne erfaringer med psykiske vansker ovenfor kollegaer eller i en bredere kontekst (Byrne, 2021; Holttum, 2017; Vierthaler & Elliot, 2020). Majoriteten av tekstene vektlegger imidlertid stigma som et sosialt fenomen og noe som utspiller seg i relasjon til kollegaer, pasienter eller i samfunnet.



Figur 6: Stigma

De profesjonene som er designet for å hjelpe mennesker med psykiske vansker er ikke immune mot stereotypier og det stigma som knyttes til psykiske lidelser. Funn tyder på at negative holdninger og fordommer mot mennesker med psykiske lidelser ikke er annerledes hos psykisk helsearbeidere enn ellers i befolkningen. Noe litteratur peker i retning av at det er

enda mer utpreget blant psykisk helsepersonell enn i befolkningen forøvrig (Fisher, 1994; Kundra & Salzer, 2019; Harris et al 2016).

Stigma som internaliseres og blir en del av terapeuter som selv har erfaring med psykiske vansker er et perspektiv som trer fram i flere av de inkluderte tekstene (Adame et al, 2017; Bennett, 2012; Roots & Roses 2020). Noen av tekstene beskriver hvordan dette stigmaet ikke bare internaliseres i individer, men også hvordan det kan internaliseres kollektivt hos psykisk helsearbeidere som gruppe (Roots & Roses 2020; Hayes, 2020). Kampen mot stigma er likevel i stor grad beskrevet som en kamp som utkjempes i de enkelte individene, slik f.eks Roots & Roses (2020) beskriver. Denne formen for selvstigma eller internalisert stigma er hos Goffman (1963) beskrevet med begrepet «den potensielt miskrediterte».

Noen tekster tyder på at det er vanskeligere å være åpen om egne psykiske vansker overfor kollegaer enn overfor klienter (Roots & Roses, 2020, Holltum, 2017). Andre tekster peker på det motsatte. Boyd et al (2016) fant at det var mer vanlig å dele av egne erfaringer med kollegaer enn med pasienter. Dette samsvarer med funn i to norske studier av nyere dato (Hoel et al, 2021; Siqveland & Jensen, 2022). Selv om Boyd et al (2016) fant at 2/3 hadde vært åpne med kollegaer om egne psykiske vansker, hadde informantene i snitt kun vært åpne overfor 16% av sine kollegaer.

Det at psykisk helsearbeidere har egne erfaringer med psykiske vansker betyr ikke at de nødvendigvis har mindre stigmatiserende holdninger overfor andre kollegaer med psykiske vansker. Selvstigma kan slik føre til negative stereotypier og fordommer rettet mot annet helsepersonell med samme stigma som det en selv bærer (Adame et al, 2017; Elliot & Raggisdale, 2020; Harris et al, 2016). Det å ha egne erfaringer med psykiske vansker ser derimot ut til å påvirke holdninger overfor klienter i retning av økt empati, mindre stigmatiserende holdninger og sterkere tro på bedring (Adame et al, 2017; Harris 2016; Kundra & Salzer 2019; Siqveland & Jensen, 2022).

Stigma trer i den inkluderte litteraturen fram som en barriere som i stor grad hindrer psykisk helsearbeidere i å anerkjenne egne erfaringer med psykiske vansker. Dette fører til at de skjuler disse erfaringene, ikke oppsøker hjelp og i liten grad utforsker disse erfaringene som mulig ressurs i egen yrkesutøvelse. Stigma beskrives som en betydelig barriere, som det både

individuell og sosialt er krevende å komme forbi eller nedkjempe. De inkluderte tekstene gir imidlertid flere eksempler på psykisk helsearbeidere som tar et aktivt standpunkt i forhold til stigma og som forteller om sine egne erfaringer med psykiske vansker. Flere av forfatterne har et uttalt mål om å bekjempe stigmaet knyttet til psykiske lidelser, i særdeleshet stigmaet knyttet til psykisk helsearbeidere som har erfaringer med egne psykiske vansker (Bassman, Elliott & Ragsdale, Fisher, Freisen, Frese et al, Harris et al 2016, Vierthaler & Elliot, 2020)

I tråd med Link & Phelans definisjon av stigma (2001) er etablering og opprettholdelse av et «oss-og-dem»-skille en del av stigmafenomenet. I den inkluderte litteraturen var dette en så fremtredende tematikk at jeg har valgt å analysere denne adskilt. Tilslutt vil jeg derfor presentere tematikken om «oss-og-dem»-skillet og hvordan denne trer fram i den inkluderte litteraturen.

4.5 «Oss-og-dem»-skillet

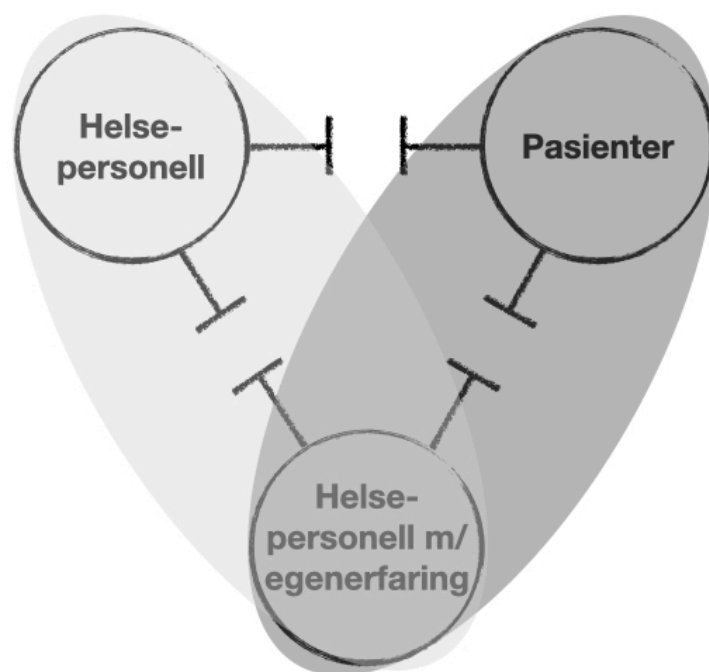
«Oss-og-dem»-tematikken er en tredje tematikk som trer frem i min analyse av de inkluderte artiklene. 13 av de 34 artiklene refererer eksplisitt til «oss-og-dem»-skillet i sin undersøkelse av psykisk helsearbeidere som har egenerfaring med psykiske vansker (Adame et al, 2017; Bennett, 2012; Byrne et al, 2021; Choudhury et al, 2019; Conchar & Repper, 2014; Goldberg et al, 2015; King et al, 2020; Kundra & Salzer, 2019; Oates et al, 2017; Richards et al, 2016; Roots & Roses, 2020; Råbu et al, 2021; Webb, 2005). Jeg vil her presentere og drøfte denne tematikken med utgangspunkt i begrepene «othering» og «boundary work».

4.5.1 «Othering» og «boundary work»

«Othering», «otherness» eller «the other» er begrep som er brukt om den sosiale prosessen som leder fram til et tydelig skille mellom «oss-og-dem». Ifølge Brons (2015) kan begrepet «othering» føres tilbake til den franske feministen og filosofen Simone de Beauvoir og hennes verk *Le Deuxième Sexe* (*The Second Sex*; 1949). Brons (2015) peker likevel på at dette ikke var en helt ny idé, men at de Beauvoir var sterkt inspirert av blant annet Friedrich Hegels dialektikk. Som Brons beskriver er det å skille ut andre fra seg selv en helt grunnleggende menneskelig aktivitet for å få grep om seg selv til forskjell for andre. Vi forstår og definerer hvem vi selv er ved å definere hvem vi ikke er, ved å avgrense oss selv i forhold til den eller de andre. På samme måte er det i sosialt samspill fundamentalt for en gruppe å definere og konstruere sin gruppeidentitet ved å plassere andre utenfor gruppa, ved at gruppa defineres i kontrast til andre grupper (Bennett, 2012; Brons, 2015; Wein, 1995). Brons benevner dette som positiv diskriminering. Selv om «othering» kan ses som nødvendig i konstruksjon av identitet, rommer slike prosesser også en bakside med risiko for marginalisering, ekskludering, dominans og underordning.

Gjennom «othering» av andre og ved etablering av et skille mellom «oss-og-dem» blir forskjeller og ulikheter forsterket på bekostning av det som er likt. I mange av de inkluderte artiklene og tekstene er «oss-og-dem»-tematikken fremtredende. «Othering» utøves fra ulike posisjoner og roller innen psykisk helsefeltet. Gjennom «othering» etableres demarkasjonslinjer og grenseskiller. Et av disse grenseskillene er den grenselinja som er

trukket mellom helsepersonell og pasienter. En annen grenselinje som trekkes er mellom psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker og de som ikke har det. En tredje grenselinje trekkes mellom pasienter og psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker. Jeg vil her konsentrere meg om grenseskiller etablert som sosiale konstruksjoner mellom mennesker og aktører i psykisk helsefeltet og avgrenset til det som berører helsepersonell som har egenerfaring med psykiske vansker.



Figur 7: Grenseskiller mellom «oss-og-dem»

Thomas F. Gieryn introduserte i 1983 begrepet «boundary work» i sin kritiske analyse av vitenskap og vitenskapens forsøk på å skille seg selv ut fra ikke-vitenskap som mekanikk og religion (Gieryn, 1983). Jeg vil her bruke begrepet «boundary work» som et teoretisk omdreiningspunkt i min drøfting av «oss-og-dem»-tematikken slik den fremkommer i de inkluderte artiklene.

Liu (2015) peker på tre ulike former for arbeid som skjer ved grenseskillet:

- 1) Etablering og tydeliggjøring av grenseskillet. Ved demarkasjon gjøres grensen skarpere
- 2) Utvisking av grenseskillet. Grensen gjøres mer uskarp og vag
- 3) Vedlikeholdsarbeid på grenseskillet. Opprettholdelse av en elastisk balanse mellom aktørene på hver sin side av grenseskillet.

Jeg vil her ta utgangspunkt i disse tre formene for «boundary work» i min drøfting av «oss-og-dem»-tematikken i de inkluderte artiklene. I tillegg til disse formene for arbeid på og med grenseskillet fremkommer det også en betydelig trafikk over grenseskille. I konteksten for denne studien er ikke terapeuter bare terapeuter. Noen gjennomfører også en reise over grensa og er også pasienter. Mennesker med psykiske lidelser er ikke bare pasienter, men de reiser andre veien over grensa og jobber som psykisk helsearbeidere.

Flere av artiklene i denne scoping review-studien bruker spesifikt begrepet «oss-og-dem» og beskriver det som et etablert skille, en demarkasjonslinje. Oss-og-dem-skillet blir primært brukt om det grenseskillet som er etablert mellom profesjonelle og pasienter. 13 av 34 inkluderte tekster refererer spesifikt til «oss-og-dem»-skillet. De øvrige artiklene og tekstene omtaler på mange måter også denne demarkasjonslinjen og ulike former for arbeid på dette grenseskillet.

I det følgende vil jeg vise til artikler og tekster som omhandler og gjør noe med dette «oss-og-dem»-skillet. Jeg har sortert artiklene i følgende kategorier etter inspirasjon fra Liu (2015):

- 1) Etablering av «oss-og-dem»-skillet og tydeliggjøring av dette.
- 2) Utydeliggjøring, utvisking eller dekonstruksjon av «oss-og-dem»-skillet.
- 3) Grensetrafikk og forhandlinger om grenseskillet

4.5.2 Et etablert «oss-og-dem»-skille og tydeliggjøring av dette

Flere av de inkluderte artiklene peker på prosesser og dynamikker som gjør at det etablerte «oss-og-dem»-skillet blir enda skarpere eller tydeligere. Her følger en presentasjon av disse artiklene.

I **King et al (2020)** sin scoping review-studie er «oss-og-dem»-skillet mellom bruker og profesjonelle en fremtredende tematikk. I inkluderte studier fant de at dette skille gjorde det vanskelig for informanter å inneha både en bruker-identitet og en psykisk helsearbeider-identitet samtidig. «Oss-og-dem»-skillet ble forsterket av stigmatiserende språk og stereotyper. Studien viser også at «oss-og-dem»-skillet ble opprettholdt og forsterket av brukere: «And well, you're a mental health professional, then you're not really a survivor. You don't know what I've gone through» (Adame, 2011:329). Som dette eksemplet viser kan brukere også være aktører som jobber for å opprettholde og forsterke et skille mellom pasienter og psykisk helsearbeidere med egenerfaring som to ulike kategorier mennesker. Dersom mennesker med psykiske vansker og pasienterfaringer blir psykisk helsearbeidere kan de på denne måten erfare å bli utstøtt fra gruppen av brukere/«psychiatric survivors».

Richards et al (2016) viser i sin artikkel til hvordan psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker ikke kjente seg helt akseptert hverken hos de profesjonelle eller i «psychiatric survivor»-/bruker-bevegelsen. På grunn av «oss-og-dem»-dynamikken vil den ene gruppen i stor grad definere sin identitet i motsetning til den andre gruppen. Ni av 10 informanter i denne studien beskrev store vansker med å finne seg tilrette innen den profesjonelle konteksten, hvor hierarki og makt var viktige faktorer. De fant det vanskelig å integrere sin egen profesjonelle identitet med sin pasient-identitet, noe forfatterne beskrev som en «uintegrert identitet». Informantene erfarte at de måtte være enten det ene eller det andre, og at det eksisterte et tydelig skille mellom «oss-og-dem». Noen få informanter tok aktivt avstand fra sin profesjonelle identitet, noe dette sitatet illustrerer: «I publicly say that I have recovered from all my academic and professional trainings. Some people find that funny. Some professionals get angry when I say things like that...» (Richards et al, 2016:6). I kontrast til dette var det en av informantene som bemerket at han var helt komfortabel med å ha to ulike hatter. Forfatterne viser også til annen forskning hvor profesjonelle med egne

psykiske lidelser erfarte at det kunne bli stilt spørsmål ved deres kompetanse både i profesjonelle kontekster og i «psychiatric survivor»-/bruker-kontekster (Adame, 2011).

Gjennom kvalitative intervjuer undersøkte **Byrne et al (2021)** om erfaringsmedarbeidere hadde innvirkning på psykisk helsearbeidere og deres åpenhet om egne psykiske vansker i tre amerikanske helseorganisasjoner. De fant en viss skepsis hos noen erfaringsmedarbeidere i forhold til psykisk helsearbeidere som var åpne om egne psykiske vansker. Disse erfaringsmedarbeiderne stilte spørsmål ved verdien av åpenhet hos helsepersonell om egne psykiske vansker i forhold til bekjempelse av stigma når dette var noe som kunne «slås av og på». Dette er et eksempel på hvordan det skjer et arbeid med vedlikehold og forsterking av grenseskillet fra flere sider. Erfaringsmedarbeidere kan slik ha behov for å opprettholde, vedlikeholde og forsterke det etablerte skillet med «oss-og-dem».

Conchar et al (2014) nevner i sin systematiske litteraturstudie av «wounded healer»-begrepet også skiller mellom «oss-og-dem». Forfatterne knytter det særlig opp mot leger og at de opplever en beskyttelse ved å opprettholde et slikt grenseskille.

Karbouniaris & van Os (2021) omtaler og henvender seg i sin kommentarartikkel primært til psykiatere. De påpeker at psykiatere ofte har ledende roller innen psykisk helsefeltet og at det å omfavne og utnytte egne erfaringer med psykiske vansker kan være risikabelt. De kan være bekymret for å miste sin autoritet eller at grensen mellom profesjonelle og pasienter skal viskes ut. Forfatterne viser altså til at psykiatere, i større grad enn andre profesjoner innen psykisk helsefeltet, står i fare for å miste autoritet og at de frykter at «oss-og-dem»-skillet blir utvisket eller svakere.

Roots & Roses (2020) beskriver «oss-og-dem»-dynamikken i sin autoetnografiske artikkel. Forfatterne er begge kunstterapeuter som også strever med egne psykiske vansker. Gjennom vignetter og refleksjoner beskriver de utfordringer i møte med «oss-og-dem»-skillet. I noen sammenhenger er de terapeuter og i andre er de pasienter. Dette byr på store utfordringer fordi det ikke er rom for deres doble identitet hverken i den ene eller andre sammenheng. Den ene av dem, Roots, beskriver det problematiske ved å være en kunstterapeut som selv trenger å være pasient i gruppeterapi. I denne gruppeterapissetingen er det problematisk for henne å være åpen om at hun selv også er terapeut. Slik hun vurderer det kan åpenhet gjøre at både

gruppeterapeutene og de andre pasientene i gruppa vil måtte forholde seg annerledes til henne. Dette ønsker hun å unngå fordi hun trenger å være i gruppeterapi. Denne konflikten mellom to ulike identiteter som ikke kan være synlig samtidig problematiseres. Hun opplever lignende inn og utgruppe-dynamikker når hun deltar på fagkonferanser med andre terapeuter og erfarer at det kun er rom for terapeut-delen av seg i denne konteksten. Forfatterne beskriver dette grenseskillet som et skarpt og etablert skille.

4.5.3 Utvisking eller dekonstruksjon av «oss-og-dem»-skillet

Flere av de inkluderte artiklene peker på prosesser og dynamikker som gjør at det etablerte «oss-og-dem»-skillet blir utvisket og mer utydelig og vagt. Det tas også til ordet for en dekonstruksjon av dette grenseskillet. Her følger en presentasjon av disse artiklene.

Byrne et al (2021) fant at opplæring i regi av erfaringsmedarbeidere og likemenn vedrørende åpenhet om egne psykiske vansker og bruk av disse erfaringene, var noe som utfordret skillet mellom «oss-og-dem» hos profesjonelle. Hos Byrne er erfaringsmedarbeidere også rollemodeller som kan vise vei for psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker. Forfatterne skriver videre: «Ultimately, it is worth considering: how effective and ‘safe’ are services for users, if discriminatory beliefs about people with lived experience are still so prevalent that members of the mental health workforce continue to fear disclosure?» (Byrne et al, 2021:9). De påpeker også at psykisk helsearbeidere med egne psykiske vansker kan utgjøre et potensiale for å bygge ned skillet mellom «oss-og-dem» dersom de gis kompetanse til å dele av egne erfaringer på en forsvarlig måte.

Oates et al (2018) undersøkte gjennom kvalitative intervjuer hvordan erfaringer med psykiske lidelser hos australske psykiatriske sykepleiere påvirket både arbeidslivet og familielivet. Forfatterne gjør bruk av begrepet *porøse grenser* (Skinner et al, 2011) for å beskrive hvordan erfaringer fra privat-/familieliv og arbeidsliv flyter mellom disse to sfærene og er vevd inn i hverandre hos informantene. Forfatterne påpekte at dette står i kontrast til annen forskning på psykiske lidelser hos sykepleiere hvor dette har blitt konseptualisert som kryssing av en grense, grensen mellom profesjonell og pasient (Joyce et al, 2007). Hos informantene i studien til Oates et al ble forholdet mellom privat-/familieliv og arbeidsliv

beskrevet og tematisert som en porøs og gjennomtrengelig grense. Personlig erfaringer med psykiske lidelser enten som pasient eller pårørende var erfaringer som virket inn på deres yrkesliv som psykiatriske sykepleiere. Og motsatt virket deres erfaringer fra arbeidet med pasienter med psykiske lidelser inn på deres privat-/familieliv. Porøse grenser og sammenvevde historier var sentrale konsepter i denne studien.

Kundra & Salzer (2019) adresserer innledningsvis i sin artikkel «oss-og-dem»-skillet. Forfatterne er primært opptatt av dette skillet hos sosionomer i en amerikansk kontekst. Utover å bruke «oss-og-dem»-begrepet som et utgangspunkt for artikkelen, er ikke denne tematikken gjenstand for ytterligere drøfting. Forfatternes utgangspunkt synes likefullt å være at en utvisking eller dekonstruksjon av skillet mellom «oss-og-dem» er noe som er ønskelig.

4.5.4 Grensetrafikk og forhandlinger om grenseskillet

Flere av de inkluderte artiklene tematiserer det som kan betegnes som vedlikeholdsarbeid og forhandlinger om «oss-og-dem»-skillet. Dette er aktivitet som forsøker å tøye på grensen for å gjøre den mer elastisk, samtidig som grenseskillet opprettholdes. Her følger en presentasjon av disse artiklene.

Goldberg et al (2015) undersøkte psykiatriske vansker hos 12 sosionomstudenter i Israel. Førsteforfatteren av studien har selv egne erfaringer med psykiske vansker og artikkelen baserer seg på en masteroppgave skrevet av Goldberg. Forfatterne beskriver den prosessen og de fasene som disse sosionomstudentene med egne psykiatriske vansker går igjennom på veien mot en terapeutidentitet. De fant at sosionomstudentene forut for oppstart hadde den oppfatning at det var et skille mellom de som gir hjelp og de som mottar hjelp. I møte med egne forestillinger om den feilfrie terapeuten stilte de seg selv spørsmål om de med egne pasienterfaringer kunne bli terapeuter. De beskriver porøse og utydelige grenser hos nye studenter mellom egne vansker og pasientenes vansker når disse lignet på hverandre. Egne erfaringer fra terapi kunne også påvirke dem som terapeuter slik at de skilte for dårlig mellom egne behov og pasientens behov. Forfatterne beskriver hvordan flere av studentene etterhvert bevegede seg mellom ytterpunktene i «oss-og-dem»-dikotomien, ved å se seg selv enten i rollen som pasient eller som terapeut. Noen av dem kom fram til en integrering hvor deres

egne psykiatriske erfaringer kunne berike deres profesjonelle kunnskap, og hvor pasient- og terapeutidentiteten fremstår som mer sammensmeltet. Forfatterne beskriver denne integrasjonen av disse to identitetene gjennom begrepet «therapatient». Hos Goldberg et al er «oss-og-dem»-tematikken noe disse sosionomstudentene strever med i tidlige faser av utdanningen. «Oss-og-dem»-tematikken er i denne studien i stor grad drøftet som en individuell konstruksjon.

Oates et al (2017) fant at personlig erfaring med psykiske vansker ble oppfattet å ha positiv innvirkning på informantenes sykepleierpraksis. I denne studien basert på kvalitative intervjuer var åpenhet og egne psykiske vansker og grensekryssing noen av de temaene som ble diskutert. Åpenlys deling av egne erfaringer med psykiske vansker i møte med pasienter forekom sjeldent. Det ble sett på som et tabu og en kryssing av grensa mellom de profesjonelle og brukerne. I den grad denne grensen ble krysset eller forhandlet om, var det samtidig viktig for flere av informantene å holde en distanse og opprettholde en grenselinje. Dette ble blant annet gjort ved å snakke om egne erfaringer i tredje person (de/dem) eller i førsteperson flertall (vi) og ikke med første persons pronomen i entall (jeg). Det fremkom at det å ikke dele av egne erfaringer hadde inngått som del av opplæringen som sykepleier. En av informantene beskrev at hun delte mer av egne erfaringer med psykiske vansker i gruppesetting og når hun var sammen med en erfaringsmedarbeider. Flere av sykepleierne beskrev også hvordan de over tid hadde blitt mindre opptatt av å opprettholde et tydelig grenseskille.

Kunstterapeutene **Roots & Roses (2020)** beskriver gjennom vignetter og refleksjoner de utfordringer de møter når de krysser grenselinja mellom terapeut og pasient. I noen sammenhenger er de terapeuter og i andre er de pasienter. Dette byr på store utfordringer fordi det ikke er rom for deres doble identitet hverken i den ene eller andre sammenhengen. De beskriver sin egen reisevirksomhet over denne grenselinja, både den ene og den andre veien. Begge disse kunstterapeutene befinner seg til ulike tider på ulike sider av det etablerte «oss-og-dem»-grenseskillet. Hos Roots & Roses beskrives «oss-og-dem»-skillet primært som en sosial konstruksjon og utvisking eller dekonstruksjon av dette skillet synes å være en hensikt med teksten. Samtidig beskriver forfatterne dette grenseskillet som et skarpt og etablert skille.

Dette inntrykket forsterkes også ved at de har valgt å skrive denne teksten under pseudonymer.

Choudhury et al (2019) gjorde en studie av psykoterapistudenter og sammenhengen mellom utfordrende livserfaringer og profesjonell og personlig utvikling hos disse. Forfatterne presenterer vignetter inspirert av livserfaringene til disse studentene. Disse vignettene aktualiserer flere områder knyttet til skillet mellom «profesjonell» og «pasient». I en av vignettene beskriver en av studentene sine erfaringer med selv å ha vært pasient for senere å være terapeut. Som begynnende terapeut skulle studenten egentlig ha på seg «terapeut-hatten», men fant at «pasient-hatten» også var der rett under. Denne doble identiteten ble av denne studenten beskrevet som problematisk i rollen som pasient, mens den i rollen som terapeut ble vurdert som svært nyttig.

Et sentralt og gjennomgående tema i boka til **Adame et al (2017)** er «oss-og-dem»-dikotomien. Adame et al (2017) skriver om faren for å utvide gapet mellom «oss-og-dem» dersom terapeuter ikke er oppmerksomme på hvordan deres egen historie med strev, tap og sårbarhet kan påvirke relasjoner her og nå. Forfatterne beskriver videre hvordan etablering av denne type skiller i menneskelige relasjoner er en av de tydeligste måtene å utøve makt på. Ved denne type prosesser hvor det etableres inn-grupper og ut-grupper er det stor fare for objektivisering av den andre. Dette kan skje hvis vi tenker at psykiske problemer er noe som andre har, men ikke oss selv. Ved å gjenkjenne emosjonelt ubehag som noe universelt menneskelig og være åpne om det mener forfatterne at noe av gapet som er mellom hjelpere og de som mottar hjelp kan reduseres.

Den norske pilotstudien til **Hoel et al (2021)** undersøkte egen-/pårørendeerfaring hos helsepersonell i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 103 klinikere svarte på en spørreundersøkelse. Forfatterne konkluderte med at egne erfaringer med psykiske vansker «ikke er et fenomen som utelukkende finnes på pasientsiden av behandler-bruker-relasjonen. Helsepersonell med egen/pårørende-erfaringer anvender disse i yrkesutøvelsen og opplever det primært som positivt for arbeidet». Flertallet av de med egen-/pårørendeerfaring opplevde selv at den ga dem fordeler i yrkesutøvelsen, som økt empati og forståelse for

pasientene. Samtidig fant de at en viktig grunn til ikke å dele av egne erfaringer med pasienter var at det ble sett på som uprofesjonelt.

Siqveland & Jensen (2022) gjorde en lignende studie i forlengelsen av pilotstudien til Hoel et al (2021). 431 helsepersonell i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra ni ulike helseforetak svarte på denne spørreundersøkelsen. I likhet med Hoel et al (2021) fant Siqveland & Jensen (2022) også at en betydelig andel av informantene hadde personlige erfaring med psykiske lidelser og rusproblemer. Forfatterne av denne studien fant «overveiende positive holdninger til å dele personlige erfaringer med kolleger og leder. Når det gjelder holdninger til å dele erfaringer med pasienter er bildet annerledes; her mener nær halvparten at det å dele erfaringer med pasienter er uprofesjonelt» (Siqveland & Jensen, 2022:47). Hensynet til pasientene og behovet for å beskytte seg selv ble oppgitt som grunner for å ikke dele med pasientene. Mange av informantene oppgir at personlige erfaringer med psykiske lidelser og rusproblemer gir dem fordeler i yrkesutøvelsen selv om de ikke deles. Det påpekes som et paradoks at «egenerfaring verdsettes i tjenestene bare dersom den formidles av erfaringskonsulenter, men ikke andre ansatte». Forfatterne peker her på det skillet som er i tjenestene når det gjelder verdsetting av erfaringskompetansen avhengig av om den kommer fra erfaringsmedarbeidere eller fra helsepersonell.

4.5.5 Oppsummering av «oss-og-dem»-tematikken

Det etablerte skillet mellom pasienter og psykisk helsearbeidere trer tydelig fram i den inkluderte litteraturen. Dette «oss-og-dem»-skillet opprettholdes og vedlikeholdes fra begge sidene av grenseskillet. På den ene siden blir grenseskillet vedlikeholdt av pasienter og brukere i møte med de profesjonelle hjelperne. Fra den andre siden vedlikeholdes grenseskillet av psykisk helsearbeidere som holder fast ved forestillingen om at psykiske vansker i liten grad er noe som rammer terapeuter.

Flere av artiklene viser til at helsepersonell med egne psykiske vansker havner utenfor disse etablerte skillene, ved at de ikke kjenner seg akseptert hverken hos de profesjonelle eller hos brukerbevegelsen (Adame et al, 2017; Richards et al, 2016; Roots & Roses, 2020). Enkelte erfaringsmedarbeidere har også behov for å dra en demarkasjonslinje mellom deres egen

erfaringskunnskap og den erfaringskunnskapen som finnes hos helsepersonell som har egenerfaring med psykisk vansker (Byrne et al, 2021). Profesjonelle kan frykte for tap av anseelse og autoritet dersom skillet mellom profesjonelle og pasienter viskes ut (Karbouniaris & van Os, 2021)

Den inkluderte litteraturen viser også hvordan det etablerte skillet mellom profesjonelle og pasienter utfordres og utviskes. Opplæring til helsepersonell i regi av erfaringsmedarbeidere om åpenhet og bruk av egenerfaring med psykiske vansker er et tiltak som anbefales (Byrne et al, 2021). Dette er et eksempel på en praksis som utfordrer det etablerte «oss-og-dem»-skillet.

I kontrast til et etablert «oss-og-dem»-skille påpeker flere av de inkluderte artiklene at privatliv og personlige erfaringer med psykiske vansker synes å være langt mer innvevd i yrkesutøvelsen enn det vi vanligvis tenker (Choudhury, 2019; Jensen, 2007; Oates, 2018; Råbu, 2021). Oates et al (2018) viste til porøse grenser mellom privatliv og yrkesliv hos de psykiatriske sykepleierne som deltok i studien. Personlige erfaringer med psykiske lidelser eller som pårørende virket inn på deres yrkesutøvelse, og erfaringer fra yrkesutøvelsen virket inn på deres privatliv. Jensen (2007) fant i sin studie at familieterapeuters erfaringer fra eget familieliv trengte seg inn og påvirket deres terapeutisk praksis på måter de selv ikke var klar over. Råbu et al (2021) beskriver hvordan forfatternes egne erfaringer og roller i egen oppvekstfamilie har lagt premisser for deres tilnærming til egne klienter i psykoterapeutisk praksis. Flere artikler peker på hvordan negative erfaringer fra egen terapi virker inn på sensitivitet og terapeutisk stil i møte med egne klienter (Roots & Roses, 2020; Råbu et al, 2021; Richards et al, 2016). Kunstterapeutene som skrev under pseudonymene Roots & Roses (2020) beskriver hvordan tidligere erfaringer med grenseoverskridende terapeuter har gjort at de selv var ekstra vare og tilbakeholdne med å dele av sine egne erfaringer med sine klienter.

Andre artikler igjen beskriver en trafikk over grenseskille mellom «oss-og-dem», men hvor grenseskillet fortsatt i stor grad opprettholdes (Oates et al, 2017; Roots & Roses, 2020).

5. Diskusjon

Denne studien er gjort med utgangspunkt i rammeverket for scoping review. Med utgangspunkt i dette rammeverket har det vært mulig å tegne kart over et terreng som i begrenset grad er utforsket fra før. Som tidligere tiders karttegnere har også jeg lent meg på og kopiert fra andres kartskisser (Berg, 2017). Denne studien er en slags kartografi over noe av den forskningen som har undersøkt egenerfaring med psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet. Både søkestrategi og min egen forforståelse av tematikken har bidratt til at denne kartografien har fått nettopp den utformingen som den har fått.

Den inkluderte litteraturen er i hovedsak av nyere dato, hvor de fleste publiseringene er fra tidsperioden 2016-2021. Dette kan tyde på at forskning forut for dette i begrenset grad har undersøkt psykiske helsearbeideres egenerfaring med psykiske vansker. Alternativt kan det være at tidligere utforskning av denne tematikken i større grad har vektlagt de problematiske sidene (Bennett, 2012; Boyd, 2016; Zerubavel & Wright, 2012). Flere påpeker at det har vært en manglende empirisk gransking av temaet (Jensen, 2007; Rønnestad, 2008; Siqveland & Jensen, 2022; Webb, 2005). Dette er altså et relativt ungt forskningsfelt, men som nå aktualiseres i økende grad. Aktualiseringen skjer trolig i forlengelsen av en sterkere recoveryorientering av de psykiske helsetjenestene, hvor erfaringsbasert kunnskap i større grad vektlegges og erfaringsmedarbeidere trer frem som en egen yrkesgruppe (Klevan et al, 2018).

I neste halvpartene av den inkluderte litteraturen har en eller flere av forfatterne egne erfaringer med psykiske vansker. Dette har trolig også satt sitt preg på hvordan tematikken har blitt undersøkt. Det er imidlertid vanskelig å si hvordan forfatternes egenerfaring har farget tekstene og hvilke mulige slagsider dette kan medført. Deres egenerfaring har trolig bidratt til et sterkere fokus på innenfraperspektivet. Det kan også være at forfatternes egenerfaringer med psykiske vansker har bidratt til et sterkere fokus på disse erfaringene som ressurs mer enn som problem.

Omlag halvparten av de inkluderte studiene har et kvalitativt studiedesign. Fem av studiene er kvantitative med et surveydesign og tre er reviewstudier. Den øvrige litteraturen er ytringer, en presentasjon og en fagbok. Denne spredningen i studiedesign gjenspeiler trolig også et

relativt ungt fagfelt, og at dette fenomenet muligens er mer egnet for en kvalitativ utforskning. Det er grunn til å tro at en strammere søkestrategi ville gitt færre funn og også mindre relevante funn. Noe av grunnen til dette er blant annet fraværet av relevante, definerte emneord i databasene. Det finnes per idag, så langt jeg har oversikt, ikke relevante emneord i de aktuelle databasene som omfatter helsepersonells egne erfaringer med psykiske vansker. Ordsammenstillingene «egenerfaring» og «lived experience» er relativt nye og benyttes i økende grad innen psykisk helsefeltet. Denne type ordsammenstilling av «egen» og «erfaring» er med Wifstad (2018) en vektlegging av at psykiske vansker først og fremst er noe som kan erfares innenfra og at det i liten grad egner seg for observasjon utenfra. Søk i Oria viser at begrepet «egenerfaring» ikke er brukt i indeksert materiale her før 1975. Bortsett fra den ene oppføringen i 1975 er det 15 år fram til neste oppføring i 2000. Fra 2000 er det en økning av indeksert materiale i Oria, hvorav en økende andel relaterer seg til psykisk helsefeltet.

Den inkluderte litteraturen bærer også preg av at halvparten er publisert i USA. Selv om det norske psykiske helsefeltet i stor grad er påvirket av amerikanske trender, er det også endel forskjeller som gjør at funn ikke uten videre er overførbare. Et eksempel på dette er lovgivning som pålegger helsepersonell i USA å rapportere inn kollegaer som på grunn av egne psykiske vansker ikke fungerer tilfredstillende i sin yrkesutøvelse. En slik lovgivning bidrar trolig til mindre åpenhet om egne psykiske vansker, økt stigmatisering og et forsterket skille mellom «oss-og-dem». Det er foreløpig såpass få norske studier at det er vanskelig å si om det for eksempel er betydelige forskjeller mellom Norge og USA når det gjelder åpenhet overfor kollegaer om egne erfaringer med psykiske vansker. Det er også store forskjeller innad i USA, noe studien til Byrne et al (2021) av helsepersonell i fem ulike helseinstitusjoner viser.

Et overraskende funn for meg har vært at stigma i såpass stor grad har vært gjenstand for undersøkelse og drøfting i de inkluderte artiklene. Dette tyder på at stigma knyttet til psykiske vansker hos psykisk helsearbeidere er en betydelig tematikk og en betydelig barriere. Det kan også tenkes at dette betydelige stigmaet har medvirket til manglende empirisk granskning av tematikken.

Det er et paradoks at de yrkesgruppene som besitter mest kunnskap om psykiske lidelser, og som til daglig er i kontakt med mennesker med psykiske vansker, opprettholder et så betydelig stigma knyttet til mennesker med psykiske vansker. Noen funn peker endatil i retning av mer negative holdninger hos psykisk helsearbeidere enn i resten av befolkningen (Fisher, 1994; Kundra & Salzer, 2019; Harris et al 2016). Flere av de inkluderte artiklene peker på en mulig sammenheng mellom dette betydelige stigmaet hos psykisk helsearbeidere og et fenomen kalt «the clinician's illusion» (Boyd et al, 2016; Harris et al, 2016; King et al, 2020). Dette begrepet beskriver at terapeuter har mer kontakt med pasienter som ikke kommer seg, enn med de som opplever bedring fra psykiske vansker. Denne overeksponeringen for mennesker med mer langvarige psykiske vansker gjør at terapeuter i mindre grad forventer og formidler håp om bedring i møte med alle typer psykiske vansker.

Flere tekster peker også på tendensen til at psykisk helsearbeidere, både som individer og som gruppe, har internalisert stigmaet knyttet til psykiske vansker (Adame et al, 2017; Bennett, 2012; Hayes, 2020; Roots & Roses 2020). Denne tendensen gjør trolig at profesjonelle med egne psykiske vansker i større grad skjuler sine vansker, ikke får tilstrekkelig støtte i sine arbeidsomgivelser og ikke oppsøker nødvendig helsehjelp. Ved at helsepersonell med egne psykiske vansker ikke erfarer at det er rom for å være åpne om disse vanskene opprettholdes trolig også forestillingen om den «usårbarlige terapeuten», hvor det er den friske som hjelper den syke.

Det at helsepersonell skjuler egne erfaringer med psykiske vansker bidrar sannsynligvis til at skillet mellom «oss-og-dem» opprettholdes eller forsterkes. Denne demarkasjonslinjen, «oss-og-dem»-skillet, opprettholdes både av profesjonelle og pasienter. Psykisk helsearbeidere som har egenerfaring med psykiske vansker havner midt i mellom, *mellom barken og veden*, eller blir fremmedgjort på begge sider av skillelinjen. På den ene siden peker den inkluderte litteraturen på hvordan det eksisterende «oss-og-dem»-skillet forsterkes av både pasienter, erfaringsmedarbeidere og profesjonelle. På den andre siden utfordrer mye av den inkluderte litteraturen nettopp denne demarkasjonslinjen ved å forsøke å viske ut og dekonstruere dette tydelige skillet. Mange av tekstene som er inkludert i denne studien kan derfor betraktes som aktører som forsøker å gjøre noe med dette grenseskillet og som utfordrer det. Noen av tekstene beskriver også en betydelig grensetrafikk parallelt med en opplevelse av fremmedhet

på begge sider (Oates et al, 2017; Roots & Roses, 2020). I kontrast til dette står tekster som beskriver et langt mer porøst grenseskille (Choudhury, 2019; Jensen, 2007; Oates, 2018; Råbu, 2021).

Egenerfaring med psykiske vansker ser ut til å påvirke psykiske helsearbeideres holdninger overfor pasienter i retning av økt empati, mindre stigmatiserende holdninger, større tålmodighet og sterkere tro på bedring (Adame et al, 2017; Harris 2016; Kundra & Salzer 2019; Siqveland & Jensen, 2022). Dette synes imidlertid ikke alltid å være tilfelle når det gjelder holdninger og handlinger overfor andre kollegaer med egne psykiske vansker (Adame et al, 2017; Elliot & Ragsdale, 2020; Harris et al, 2016).

Begrepet «the impaired professional» gjenspeiler hvordan egne erfaringer med psykiske vansker kan virke negativt inn på egen yrkesutøvelse. Egenerfaring med psykiske vansker tematiseres i flere av de inkluderte artiklene som en merbelastning og noe som kan trenge seg inn og forstyrre det kliniske arbeidet (Choudhury et al, 2019; Elliot & Ragsdale, 2020; Grice et al, 2017; Oates et al, 2017; Zerubavel & Wrights, 2012).

Psykisk helsearbeidere med egne erfaringer med psykiske vansker ser likevel i all hovedsak på dette som en ressurs i yrkesutøvelse, uavhengig av om det deles eller ikke (Adame et al, 2017; Harris 2016; Hoel, 2021; Kundra & Salzer 2019; Siqveland & Jensen, 2022). Egne erfaringer med psykiske vansker blir altså verdsatt som en nyttig form for kompetanse av helsepersonell som selv har disse erfaringene. Dette står imidlertid i kontrast til at det i liten grad er åpenhet om disse erfaringene og denne kunnskapen i fagfeltet, samt at det i stor grad blir sett på som uprofesjonelt å dele av egne erfaringer med psykiske vansker (Conchar et al, 2014; Goldberg et al, 2015; Karbouniaris & van Os, 2021; Richards et al, 2016; Siqveland & Jensen, 2022). Det betydelige stigmaet som også knyttes til egenerfaringer peker også i en annen retning enn verdsetting av dette som en ressurs.

Utforsking av egenerfaring som ressurs, ved bruk av «wounded healer»-begrepet, synes å ha vært gjenstand for langt mindre empirisk granskning enn «impaired professional»-begrepet. Dette kan gjenspeile at forskning i større grad har vært basert på en sykdomsmodell som forståelsesramme for psykiske lidelser. Slik sykdomsmodellen fremstår blant annet gjennom diagnosemanualene er det forsøkt å dra tydelige skillelinjer mellom hva som anses som

sykdom eller ikke. Utfordringen er imidlertid at disse skillelinjene baserer seg på konsensusvurderinger og at det i stor grad kan stilles spørsmål ved kunnskapsgrunnlaget for en slik inndeling (Ekeland, 2021). En tendens som flere har påpekt er det stadig økende omfanget av diagnoser og at stadig nye områder av livets strev blir forstått innenfor diagnostiske rammer som sykdom (Ekeland, 2021; Rose, 2019).

Tematikken om «den usårbarlige terapeuten» forsterker et slikt bilde. I denne diskursen fremkommer det et tydelig skille mellom syk og frisk, mellom «oss-og-dem», og en forestilling om at hjelperen ikke rammes av psykiske vansker (Adams, 2014; Choudhury et al, 2019; Conchar et al, 2014; Goldberg et al, 2015; Richards et al, 2016). Det kan imidlertid tenkes at opprettholdelsen av denne forestillingen har til hensikt å beskytte både pasient og terapeut, og at det er for truende både for pasienten og terapeuten å ta innover seg de sårbare betingelsene i tilværelsen.

Samtidig blir det reist spørsmål om «wounded healer»-diskursen kan bidra til at psykiske vansker i større grad normaliseres som en del av livet fremfor å bli forstått som sykdom (Richards et al, 2016). Innramming av psykiske vansker i en kontinuum-modell framfor en dikotomisk sykdomsmodell kan trolig også bidra mindre fremmedgjøring og økt normalisering (Bennett, 2012; King et al, 2020; Richards et al, 2016).

I analysen av litteraturen fant jeg ikke et begrep som beskriver psykisk helsearbeidere med pågående psykiske vansker og hvor dette blir sett på som en ressurs. Mangelen av et begrep kan tyde på at dette perspektivet har vært gjenstand for mindre utforskning. Funn tyder imidlertid på at en betydelig andel psykisk helsearbeidere har pågående psykiske vansker (Siqveland & Jensen; 2022). Pågående psykiske vansker hos helsepersonell trenger ikke være ensbetydende med at man ikke fungerer godt som terpaeut. Det er derfor bemerkelsesverdig at denne tematikken i så liten grad er drøftet. Det kan imidlertid tenkes at «wounded healer»-begrepet ikke bare dekker de som har tidligere erfaringer med psykiske vansker (Zerubavel & Wrights, 2012), men at det også rommer helsepersonells pågående psykiske vansker som ressurs i egen yrkesutøvelse (Roots & Roses, 2020).

Egenerfaring som kunnskapsform aktualiseres i forlengelsen av en sterkere recoveryorientering av psykisk helsetjenestene. Dette er en form for kunnskap som kan

knyttet opp mot fronesis-begrepet i gresk filosofi (Wifstad, 2018), indeksert kunnskap (Grimen, 2009), personlig kunnskap (Nordtvedt & Grimen, 2004) og erfaringskunnskap/brukerkunnskap i modellen for evidensbasert praksis (Terum & Grimen, 2009). Disse begrepene og perspektivene kan et stykke på vei hjelpe oss til forståelse av egenerfaring som kunnskapsform. Her ansføres det til å tenke person og kunnskap som mye tettere enn det som har vært vanlig (Nordtvedt & Grimen 2004). I tillegg til en kontekstuell forankring har erfaringskunnskapen, basert på egne erfaringer med psykiske vansker, også et tydelig kroppslig perspektiv og et innenfraperspektiv. Subjektet blir i en slik kunnskapsforståelse gitt en langt mer betydelig posisjon enn når det kun skal observeres utenfra. Dette bryter med det som i stor grad har vært forståelsesrammer og perspektiver i møte med galskap og psykiske vansker hvor man har forsøkt å forstå disse fenomenene utenfra (Ekeland, 2013, 2021). Et slikt innenfraperspektiv som utgangspunkt for kunnskap står i kontrast til en sterk tendens til å ville undersøke psykiske vansker som et objekt. Disse to forståelsesrammene og måtene å forstå vitenskap på ser ut til å være i kamp med hverandre (Ekeland, 2013). Dette blir særlig tydelig i modellen for evidensbasert kunnskap med smale definisjoner av hva som kan inkluderes som gyldig kunnskap i evidenshierarkiet. Skal denne modellen ha gyldighet i psykisk helsefeltet må den også tydeliggjøre hvordan den erfaringsbaserte kunnskapen skal sidestilles med den evidensbaserte kunnskapen (Hatling, 2011).

Webb (2005) var ifølge Philips et al (2009) den første i verden som tok en doktorgrad i suicidologi og som samtidig hadde egen erfaring med selvmordsforsøk. Ifølge Webb har forskningen på selvmord omtrent utelukkende undersøkt dette fenomenet fra et utenfraperspektiv. Med eksempler fra bevissthetsstudier (Chalmers, 1995) viser han hvordan ensidig utforskning fra et tredjeperson-perspektiv aldri vil kunne forklare alle sider av bevisstheten, og heller ikke alle sidene ved å være selvmordstruet. Webb påpeker at førsteperson-perspektivet og -studier vil kunne gi kunnskap og data som kunnskapsproduksjon fra et utenfraperspektivet aldri vil kunne gi oss. Forfatteren viser på den ene siden hvordan disse perspektivene står i motsetning til hverandre og i kamp med hverandre når det gjelder forskning på selvmord. På den andre siden tar han til orde for at førsteperson-studier og tredjeperson-studier kan utfylle hverandre i kunnskapsproduksjon.

Ekeland (2021) går langt i å argumentere for at førsteperson-perspektivet bør være det bærende perspektivet i vår grunnlagstenkning om psykiske vansker. Han påpeker videre at «den såkalte evidensbaserte kunnskapen egentlig er en ganske avgrenset form for kunnskap, skapt gjennom bestemte metodedesign som gir grunnlag for å kunne hevde at en bestemt type behandling eller intervensjon virker bra på en «gjennomsnittspasient». [...] Men, i klinisk praksis er det ingen som møter en gjennomsnittsbruker, det er en statistisk konstruksjon» (2021:66).

Egenerfaring med psykiske vansker er hos helsepersonell i psykisk helsefeltet en ressurs som i begrenset grad er artikulert og beskrevet. Det er en kunnskapsform som forskning i begrenset grad har undersøkt. Som Rønnestad (2008) påpeker er dette et perspektiv man har vært lite opptatt av å utforske innen profesjonsteori og klassiske kunnskapsteorier. Den inkluderte litteraturens vektlegging av porøse grenser mellom privatliv og yrkesutøvelse «tar til orde» for at erfaringskunnskapen fra eget liv i langt større grad bør inkorporeres i profesjonskunnskapen. Det at egenerfaring med psykisk vansker blir ansett som en ressurs i yrkesutøvelse, uavhengig av om det deles eller ikke, taler også for at denne kunnskapsformen bør tydeliggjøres. Erfaringskunnskapen bør derfor i langt større grad inngå i den kunnskapskroppen og den faglige forståelsesrammen som danner grunnlaget for psykisk helsearbeid. Og trolig bør dette innenfraperspektivet være det bærende perspektivet i vår grunnlagstenkning om psykiske vansker (Ekeland, 2021).

I helsepersonell som har egenerfaring med psykiske vansker møtes nettopp erfaringskunnskapen og profesjonskunnskapen. Her møtes også innenfraperspektivet og utenfraperspektivet.

6. Avsluttende bemerkninger

Hensikten med dette prosjektet har vært å studere hvordan forskningslitteraturen har undersøkt egenerfaring med psykiske vansker hos helsepersonell i psykisk helsefeltet. Fra dette tverrsnittet av forskningslitteraturen står stigma fram som en betydelig tematikk. Det etablerte skillet mellom «oss-og-dem» forsterker denne tematikken. Samtidig beskriver den inkluderte litteraturen egenerfaring med psykiske vansker som en viktig kunnskapskilde og en ressurs i yrkesutøvelse uavhengig av om den deles eller ikke.

Uttrykket «mellom barken og veden» kan være illustrerende for hvordan forskning har undersøkt egenerfaring med psykiske vansker hos psykisk helsearbeidere. Dette uttrykket brukes vanligvis om å ha kommet i en vanskelig stilling, mellom to stridende parter, eller i en stilling hvor det er trangt. Som beskrevet i starten av denne oppgaven er det nettopp i dette tynne grenseskillet hos trær at all vekst skjer. Fra kambium vokser trær både innover og utover. Med utgangspunkt i grenseskillet mellom hjelpere og hjelpemottakere innen psykisk helsefeltet kan det trolig skje en vekst både for terapeuter og klienter, profesjonelle og pasienter. Om egenerfaring med psykiske vansker videreutvikles som kunnskapsform og anerkjennes kan den bidra til en annen type vekst i psykisk helsefeltet.

Og kanskje kan vi våge å gi slipp på noe av vår egen usårlighet:

«Vi har drevet vår egen usårlighet så langt, med det mener jeg at vi har drevet utviklingen av rasjonalitet, kunnskap, teknologi, systemdannelse, samfunnsmessige innretning og ordninger så langt, at vi har kommet til et punkt hvor vi erfarer grensene ved det mye tydeligere enn før [...] Derfor er vi nå mer rede til å stoppe opp kollektivt, tror jeg, og lytte til sidene ved både vår egen person, vår egen erfaring og vår evne til å oppfatte andre mennesker som sårbare vesener, og da ikke i betydningen noe som vi nå skal se å få kapslet inne slik at vi kan unngå å bli såret.» (Lundstøl, 1999:84)



Photo by [Mockup Graphics](#) on [Unsplash](#)

Margstråler

Hos trær skjer all vekst med utgangspunkt i det tynne vekstlaget mellom barken og veden. Fra dette vekstlaget dannes også margstråler som går horisontalt eller på tvers av ved- og bastlaget. Margstrålene er kanaler som går gjennom det tynne vekstlaget, kambium, og sørger for at transport av næring, vann og mineraler på tvers de ulike lagene i stammen.

(Botanisk- og plantefysiologisk leksikon, UiO, Institutt for biovitenskap)

Referanseliste

- Adame, A. L. (2011). *Negotiating discourses: The dialectical identities of survivor-therapists*. *The Humanistic Psychologist*, 39, 324-337.
- Adame, A. L., Morsey, M., Bassman, R., & Yates, K. (2017). *Exploring Identities of Psychiatric Survivor Therapists*. Palgrave Macmillan UK. <https://link.springer.com/book/10.1057/978-1-137-58492-2>
- Adams, M. (2014). *Therapists are human too*. *Therapy Today*, 25(9), 22-25.
- Alvsvåg, H. (2009). *Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt*. *Sykepleien forskning* (3), 216-220.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). *Scoping studies: towards a methodological framework*. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bassman, R. (1997). *The Mental Health System: Experiences From Both Sides of the Locked Doors*. *Professional Psychology, Research and Practice*, 28(3), 238-242. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.28.3.238>
- de Beauvoir, S. (1949): *Le deuxi`eme sexe*, Paris: Gallimard, 1976.
- Bennett, C. (2012). *The stigma of mental illness as experienced by mental health professionals as patients: A phenomenological study*. ProQuest Dissertations Publishing. <https://www.proquest.com/docview/1315241934?pq-origsite=primo>
- Bernhardt, I. S., Nissen-Lie, H., Moltu, C., McLeod, J., & Råbu, M. (2019). «*It's both a strength and a drawback.*» *How therapists' personal qualities are experienced in their professional work*. *Psychotherapy Research*, 29(7), 959-970. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1490972>
- Berg, T. R. (2017). *Verdensteater: kartenes historie* (p. 351). Press.

- Bike, D. H., Norcross, J. C. & Schatz, D. M. (2009). *Processes and outcomes of psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years later*. *Psychotherapy (Chic)*, 46(1), 19-31. <https://doi.org/10.1037/a0015139>
- Boyd, J., Zeiss, A., Reddy, S., & Skinner, S. (2016). *Accomplishments of 77 VA Mental Health Professionals With a Lived Experience of Mental Illness*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(6), 610–619. <https://doi.org/10.1037/ort0000208>
- Brons, L. L. (2015). *Othering, an analysis*. *Transcience, a Journal of Global Studies*, 6(1).
- Byrne, L., Roennfeldt, H., Davidson, L., Miller, R., & Bellamy, C. (2021). *To Disclose or Not to Disclose? Peer Workers Impact on a Culture of Safe Disclosure for Mental Health Professionals With Lived Experience*. *Psychological Services*, 19(1), 9–18. <https://doi.org/10.1037/ser0000555>
- Cain, N. R. (2000). *Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: Countertransference in wounded healers*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 22–28. doi:10.1037/h0095127
- Caprona, Y. C. d. (2013). *Norsk etymologisk ordbok*. Oslo: Kagge.
- Chalmers, D. (2004). *How can we construct a Science of Consciousness?* <http://consc.net/papers/scicon.html>
- Chamberlin, J. (1990). *The ex-patients' movement: Where we've been and where we're going*. *The journal of Mind and Behavior*, 323-336.
- Choudhury, T. K., Kendall, J. & Nanavaty, N. (2019). *Impacts of Challenging Life Experiences on Professional Development in Graduate Trainees*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(2), 108–118. <https://doi.org/10.1037/int0000151>
- Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., ... Moher, D. (2014). *Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting*. *J Clin Epidemiol*, 67(12), 1291-1294. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>

- Conchar, C. & Repper, J. (2014). «*Walking wounded or wounded healer?*» *Does personal experience of mental health problems help or hinder mental health practice? A review of the literature*. *Mental Health and Social Inclusion*, 18(1), 35–44. <https://doi.org/10.1108/MHSI-02-2014-0003>
- Corrigan, P. (2005). *On the stigma of mental illness* (pp. 11–44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P., Larson, J., & Rusch, N. (2009). *Self-stigma and the 'why try' effect: Impact of life goals and evidenced-based practices*. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W. (2012). *Research and the elimination of the stigma of mental illness*. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 7–8. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103382>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsche, N. (2012). *Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies*. *Psychiatric Services*, 63, 963–973. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P. W., & Al-Khouja, M. A. (2018). *Three agendas for changing the public stigma of mental illness*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(1), 1–7. <https://doi.org/10.1037/prj0000277>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, R. (2012). *Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience*. *World Psychiatry*, 11(2), 123-128.
- Davidson, L., Rakfeldt, J. & Strauss, J. (2010). *The Roots of the Recovery Movement in Psychiatry: Lessons Learned* (1. Aufl., 1. utg.). Somerset: Somerset: Wiley.
- Davis, K., Drey, N. & Gould, D. (2009). *What are scoping studies? A review of the nursing literature*. *Int J Nurs Stud*, 46(10), 1386-1400. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010>

- Edwards, J. L. and Crisp, D. A. (2016), *Seeking help for psychological distress: barriers for mental health professionals*, Australian Journal of Psychology, doi: 10.1111/ajpy.12146.
- Ekeland, T.-J. (2021). *Psykisk helsevern: en kunnskapsplattform*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Ekeland, T.-J. (2013, 13.juni). *Kampen om kunnskapen: Kan brukererfaring frå psykiatrien bli gyldig kunnskap?* Morgenbladet, kommentar.
- Ekeland, T.-J. (2009). *Hva er evidensen for evidensbasert praksis?* I Grimen, H. & Terum L.I.: Evidensbasert profesjonsutøvelse (pp. 145- 168). Oslo: Abstrakt forlag
- Ekeli, B.-V. (2002). *Evidensbasert praksis: snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Eureka Forlag, Høgskolen i Tromsø
- Elliott, M. & Ragsdale, J. M. (2020). Mental Health Professionals With Mental Illnesses: A Qualitative Interview Study. American Journal of Orthopsychiatry, 90(6), 677–686. <https://doi.org/10.1037/ort0000499>
- Eriksen, K. Å. & Storesund, C. V. (2019). *Nøkkelen er likeverd*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 16(4), 237-247. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-04-06> ER
- Falk, G. (2001). *Stigma: How we treat outsiders*. Amherst, NY: Prometheus Books.
- Fisher, D. B. (1994). *A New Vision of Healing as Constructed by People with Psychiatric Disabilities Working as Mental Health Providers*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 17(3), 67–81. <https://doi.org/10.1037/h0095574>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Kunnskapsbasert praksis*. Lastet ned fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Freisen, A. G. (2022). *Changeover-How my lived experience changed my life, my work as a psychiatrist, and how it resulted in the establishment of a support group for prosumers in Germany*. Psychological Services, 19(1), 55–57. <https://doi.org/10.1037/ser0000487>

- Frese, F. (2009). *Coming Out Of The Shadows*. Health Affairs (Millwood, Va.), 28(3), 880–886. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.3.880>
- Frese, F., Knight, E. L., & Saks, E. (2009). *Recovery From Schizophrenia: With Views of Psychiatrists, Psychologists, and Others Diagnosed With This Disorder*. Schizophrenia Bulletin, 35(2), 370–380. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn175>
- Gieryn, T. (1983). *Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists*. American Sociological Review, 48(6), 781–795. <https://doi.org/10.2307/2095325>
- Gieryn, T. (1999). *Cultural boundaries of science: credibility on the line* (pp. XIV, 398). University of Chicago Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity* (p. 173). Simon & Schuster, Inc.
- Goldberg, M., Hadas-Lidor, N., & Karnieli-Miller, O. (2015). *From Patient to Therapist*. Qualitative Health Research, 25(7), 887–898. <https://doi.org/10.1177/1049732314553990>
- Grice, T., Alcock, K., & Scior, K. (2018). *Mental health disclosure amongst clinical psychologists in training: Perfectionism and pragmatism*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 25(5), 721–729. <https://doi.org/10.1002/cpp.2192>
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I Molander, A. & Terum, L. I. (Red.) *Profesjonsstudier* (pp. s. 71-86). Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.
- Group for the Advancement of Psychiatry, C. o. P. (2001). *Reexamination of therapist self-disclosure*. Psychiatr Serv, 52(11), 1489-1493. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.11.1489>
- Harris, J. I., Leskela, J. & Hoffman-Konn, L. (2016). *Provider lived experience and stigma*. American Journal of Orthopsychiatry, 86(6), 604.

- Harris, J. I., Barnes, T., Boyd, J. E., Joseph, K., & Osatuke, K. (2020). *Workplace bullying among mental health providers with lived experience of a mental health challenge*. Psychological Services, 19(1), 58–65. <https://doi.org/10.1037/ser0000499>
- Hatling, T. (2011). *Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 8(2), 143-151.
- Hayes, H. H. (2020). *A Place to Hang Our Hats*. Psychiatric Services (Washington, D.C.), 71(10), 987–987. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.711002>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St.)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hoel, T. L., Ruud T., Skjeldal E., & Lauveng A. (2021). *Helsepersonells egenerfaringer innen psykisk helse og rus - En pilotstudie*. Tidsskrift for norsk psykologforening
- Holttum, S. (2017). *Research watch: Is social inclusion for service users increased when mental health professionals 'come out' as service users?* Mental Health and Social Inclusion, 21(2), 73-79.
- Jensen, P. (2007). *Special Section: On Learning from Experience: Personal and Private Experiences as the Context for Psychotherapeutic Practice*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12(3), 375–384. <https://doi.org/10.1177/1359104507078468>
- Jensen, P. (2008). *The narratives which connect... - a qualitative research approach to the narratives which connect therapists' personal and private lives to their family therapy practices*. ProQuest Dissertations Publishing.
- Johnson, W. B., Barnett, J. E., Elman, N. S., Forrest, L., & Kaslow, N. J. (2012). *The competent community: Toward a vital reformulation of professional ethics*. American Psychologist, 67(7), 557–569.

- Joyce, T., Hazelton, M. & McMillan, M. (2007). *Nurses with mental illness: Their workplace experiences*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16 (6), 373–380.
- Karbouniaris, S. & van Os, J. (2021). *Heal Thyself, Then Heal Others? The Power of Lived Experience*. *Psychiatric Times*, Vol. 38:11.
- King, A. J., Brophy, L. M., Fortune, T. L. & Byrne, L. (2020). *Factors Affecting Mental Health Professionals' Sharing of Their Lived Experience in the Workplace: A Scoping Review*. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 71(10), 1047-1064. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900606>
- Klevan, T., Karlsson, B., Borg, M. & Sjøfjell, T. L. (2018). 'Det er litt som et eget språk': *Erfaringsmedarbeideres forståelser og bruk av erfaringsbasert kunnskap i samarbeid med brukere i psykisk helse- og rustjenester* (Vol. 2018:6). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Kundra, L. B. & Salzer, M. S. (2019). *Out of the shadows: supporting social workers with a mental illness*. *Social Work in Mental Health*, 17(4), 462–478. <https://doi.org/10.1080/15332985.2019.1576155>
- Larsen, K., Juritzen, T. I., Knutsen, I. R., & Feiring, M. (2017). *Hva er kritikk i helsefagene og hva skal vi med kritiske perspektiver?* Cappelen Damm Akademisk.
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K. K. (2010). *Scoping studies: advancing the methodology*. *Implement Sci*, 5(1), 69-69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). *Conceptualizing stigma*. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Liu, S. (2015). *Boundary Work and Exchange: The Formation of a Professional Service Market*. *Symbolic Interaction*, 38(1), 1–21. <https://doi.org/10.1002/symb.137>
- Lundstøl, J. (1999). *Kunnskapens hemmeligheter*. Oslo: Cappelen akademisk forl.

- Mallow, A. J. (1998). *Self-disclosure. Reconciling psychoanalytic psychotherapy and alcoholics anonymous philosophy*. *J Subst Abuse Treat*, 15(6), 493-498.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2. omarb. oppl. ed.). Göteborg: Daidalos.
- Nachshoni, T., Abramovitch, Y., Lerner, V., Assael-Amir, M., Kotler, M. & Strous, R. D. (2008). *Psychologists' and Social Workers' Self-Descriptions Using DSM—IV Psychopathology*. *Psychol Rep*, 103(1), 173-188. <https://doi.org/10.2466/pr0.103.1.173-188>
- Det Norsk Akademi for språk og litteratur (2022). *Det norske akademis ordbok*. Hentet 23.april 2022 fra <https://naob.no>
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nouwen, H. J. M. (1972). *The wounded healer: ministry in contemporary society*, Image Books
- Oates, J., Drey, N., & Jones, J. (2018). *Interwoven histories: Mental health nurses with experience of mental illness, qualitative findings from a mixed methods study*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1383–1391. <https://doi.org/10.1111/inm.12437>
- Oates, J., Drey, N., & Jones, J. (2017). 'Your experiences were your tools'. *How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 471–479. <https://doi.org/10.1111/jpm.12376>
- Online etymology dictionary (u.å.). *Impair*. Hentet 21.april 2022 fra <https://www.etymonline.com/word/impair>
- Olkowska, A. (2013). *Fortsettelsen av jakten på X-Files – Familieterapeuters refleksjoner omkring bruk av personlige historier og erfaringer i familieterapi*. *Fokus på familien*(02), 118-135.

- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2020). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. I: SINTEF.
- Perkins, R. & Repper, J. (2019). *Where is peer support going?* *Mental health and social inclusion*, 23(2), 61-63. <https://doi.org/10.1108/MHSI-05-2019-060>
- Peter, S. von & Schulz, G. (2018). 'I-as-We-' *Powerful boundaries within the field of mental health coproduction*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(4), 1292–1300. <https://doi.org/10.1111/inm.12469>
- Phillips, P., McKeown, O., & Sandford, T. (2009). *Dual diagnosis: practice in context*. Blackwell.
- Ponder, J. (2019). *You Too, Me Too: My Professional Development and Transformation as a Psychotherapist*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(2), 197–210. <https://doi.org/10.1037/int0000153>
- Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen : en innføring i taus kunnskap* (Vol. nr 5). Oslo: Spartacus.
- Roots & Roses. (2020). *Wounded Healer Experiences in Art Therapy*. *Art Therapy*, 37(2), 76–82. <https://doi.org/10.1080/07421656.2020.1764794>
- Rose, N. (2019). *Our psychiatric future: the politics of mental health*. Polity.
- Rønnestad, M. H. (2008). Profesjonell utvikling. I Molander, A. & Terum, L. I. (Red.) *Profesjonsstudier* (pp. 279-294). Oslo: Universitetsforlaget
- Råbu, M., McLeod, J., Haavind, H., Bernhardt, I. S., Nissen-Lie, H. & Moltu, C. (2021). *How psychotherapists make use of their experiences from being a client: Lessons from a collective autoethnography*. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(1), 109–128. <https://doi.org/10.1080/09515070.2019.1671319>
- Siqveland, J. & Jensen, P. (2022). *Helsepersonells bruk av personlige erfaringer med psykiske lidelser og rusproblem i arbeidet (HEPRA): en undersøkelse blant ansatte i psykisk*

- helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (Vol. 2022:2). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2022/02/HEPRA.pdf>
- Skinner, N., van Dijk, P., Elton, J. & Auer, J. (2011). *An indepth study of Australian nurses' and midwives' work-life interaction*. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 49, 213–232.
- Skjeldal, E. (2016). *Levd Liv: Antologi i anledning 10-årsjubileet for Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Smith, P. L. & Moss, S. B. (2009). *Psychologist Impairment: What Is It, How Can It Be Prevented, and What Can Be Done to Address It?* *Clinical Psychology* (New York, N.Y.), 16(1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01137.x>
- Schulze, B. (2007). *Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship*. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137–155. doi:10.1080/09540260701278929
- Thériault, J., Lord, M.-M., Briand, C., Piat, M. & Meddings, S. (2020). *Recovery Colleges After a Decade of Research: A Literature Review*. *Psychiatr Serv*, 71(9), 928-940. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900352>
- Terum, L. I., & Grimen, H. (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt.
- UiO, Institutt for biovitenskap (u.å) *Botanisk- og plantefysiologisk leksikon* Hentet 20.april 2022 fra <https://www.mn.uio.no/ibv/tjenester/kunnskap/plantefys/leksikon>
- Vandvik, P. O. (2009). Evidensbasert medisin, uvurderlig verktøy for klinikere. I Grimen, H. & Terum, L. I. (Red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. (pp. 111-124). Oslo. Abstrakt forlag

- Vierthaler, J. M. & Elliott, E. C. (2022). *A shared lived experience of a psychologist battling a mental health crisis*. Psychological Services, 19(1), 46–48. <https://doi.org/10.1037/ser0000489>
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). *Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the literature*. Journal of Community Psychology, 38(1), 49–62. doi:10.1002/jcop.20351
- Walker, Y. N. (2004). *Protecting the public - The impact of the Americans with Disabilities Act on licensure considerations involving mentally impaired medical and legal professionals*. The Journal of Legal Medicine (Chicago, 1979), 25(4), 441–468. <https://doi.org/10.1080/01947640490887562>
- Webb, D. (2005). *Bridging the spirituality gap*. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health AeJAMH, 4(1), 9–17. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.1.9>
- Weber, A. K. & Frahm Jensen, M. (2016). *Brukeransettelser. Håndbok for virksomheter som ønsker å ansette personer med egenerfaring innen psykisk helse- og rusfeltet*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Weis, L. (1995). *Identity formation and the processes of 'othering': Unraveling sexual threads*. The Journal of Educational Foundations, 9(1), 17.
- White, W.L. (2000), *'The history of recovered people as wounded healers'*, Alcoholism Treatment Quarterly, Vol. 18 No. 2, pp. 1-25.
- Whitley, R., Shepherd, G. & Slade, M. (2019). *Recovery colleges as a mental health innovation*. World psychiatry: Official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 18(2), 141-142. <https://doi.org/10.1002/wps.20620>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.
- Wood, B. J., Klein, S., Cross, H. J., Lammers, C. J., & Elliott, J. K. (1985). *Impaired Practitioners*. Professional Psychology, Research and Practice, 16(6), 843–850. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.16.6.843>

Zerubavel, & Wright, M. O. (2012). *The Dilemma of the Wounded Healer*. *Psychotherapy* (Chicago, Ill.), 49(4), 482–491. <https://doi.org/10.1037/a0027824>

Åkerblom, K. B., Agdal, R. & Haakseth, Ø. (2020). *Integrering av erfaringskompetanse: Hvordan opplever erfaringskonsulenter med ruserfaring sin arbeidssituasjon?* Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Vedlegg Tematisk analyse av inkludert litteratur

Forfattere	Tittel	År	Søk	Land	Design	Stigma	Oss-dem	Krysse grenser	Problem Ressurs	Bruk av	Wounded healer	Impaired Problem	Usårbar terapeut	Kunn-skappssyn	ArbMotiv Egenoms	Utvikling pers/prof	Fore-komst	Aktivisme	Peer-Supporter	
Adame, A.L., Bassman, R., Morse, M., Yates, K.	Exploring identities of psychiatric survivor therapists	2017	Psyc	USA	Bok	X	X	X	X	X	X				X				X	
Adams, M.	Therapists are human too	2019	CIN	UK	Ytring (pictorial)	X		X	X	X			X							
Bassman, R.	The Mental Health System: Experiences From Both Sides of the Locked Doors	1997	Refr	USA	Autoetnografi	X			X					X					X	
Bennett, C.A.	The stigma of mental illness as experienced by mental health professionals as patients: A phenomenological study	2012	Psyc	USA	Doktoravhandling Kvalitative intervju	X	X		X	X	X	X	X	X						
Bernhard, I. S., Nissen-Lie, H., Moltu, C., McLeod, J., Råbu, M.	"It's both a strength and a drawback." How therapists' personal qualities are experienced in their professional work.	2019	No	NO	Kvalitative intervjuer			X	X	X	X				X					
Boyd, J.E., Zeiss, A., Reddy, S., Skinner, S.	Accomplishment of 77 VA Mental Health Professionals With Lived Experience of Mental Illness	2016	Psyc	USA CA Wash	Mixed design Eksplorerende studie	X			X	X	X	X			X				X	
Byrne, L., Roemerfeldt, H., Davidson, L., Miller, R., Bellamy, C.	To Disclose or Not to Disclose? Peer Workers Impact on Culture of Safe Disclosure for Mental Health Professionals With Lived Experience	2021	Psyc	USA	Kvalitative intervjuer	X	X		X	X										X
Choudhury, T. K., John, K., Naranayo, N.	Impacts of Challenging Life Experiences on Professional Development in Graduate Trainees.	2019	CIN	USA TX	Kvalitativt design, Uklar metode		X	X					X		X					
Conchar, C. & Repper, J.	"Walking wounded or wounded healer?": Does personal experience of mental health problems help or hinder mental health practice?	2014	CIN	UK	Systematisk litteraturstudie		X				X		X		X				X	
Elliott, M., Ragsdale, J.R.	Mental Health Professionals With Mental Illnesses: A Qualitative Interview Study	2020	Psyc	USA Nev.	Kvalitative intervjuer	X			X	X		X			X					
Fisher, D.	A new vision of healing as constructed by people with psychiatric disabilities working as mental health providers	1994	Refr	USA MA	Autoetnografi	X		X		X				X					X	
Freisen, A.G.	Changeover - How My Lived Experience Changed My Life, My Work as Psychiatrist, and How It Resulted in the Establishment of a Support Group for Prosumers i Germany	2020	Psyc	Tysk	Autoetnografi Narrativ	X				X									X	
Frese, F., Knight, E., Saks, E.	Recovery From Schizophrenia: With Views of Psychiatrists, Psychologists, and Other Diagnosed With This Disorder	2009	Refr	USA	Ytring	X			X					X						
Goldberg, M., Hadas-Lidor, N., Karnieli-Miller, O.	For patient to Therapist: Social Work students coping with mental illness	2015	Refr	Israel	Kvalitative intervjuer	X	X				X	X	X			X				
Grice, T., Alcock, K., Scior, K.	Mental health disclosure amongst clinical psychologists in training: Perfectionism and pragmatism	2018	CIN	UK	Surveyundersøkelse	X			X	X		X							X	
Harris, J.I., Barnes, T., Boyd, J.E., Joseph, K., Osatuke, K.	Work Bullying Among Mental Health Providers With Lived Experience of a Mental Health Challenge	2020	Psyc	USA	Surveyundersøkelse	X														
Harris, J.I., Laskela, J., Hoffman-Korn, L.	Provider Lived Experience and Stigma	2016	Psyc	USA	Surveyundersøkelse	X									X				X	

Vedlegg Tematisk analyse av inkludert litteratur

Forfattere	Tittel	År	Søk	Land	Design	Stigma	Oss-dem	Krysse grenser	Problem Ressurs	Bruk av	Wounded healer	Impaired Problem	Usårbar terapeut	Kunn-skappsyn	ArbMotiv Egenoms	Uvikling pers/prof	Fore-komst	Aktivism	Peer-Supporter
Hayes, H. H.	A Place to Hang Our Hats	2020	Psyc	USA	Kommentar til artikkel av King et al	X									X	X			
Hoel, T. L. Ruud, T. Skjeldal, E. Lauveng, A.	Helsepersonells egen erfaringer innen psykisk helse og rus	2021	Eft	NO	Survey-undersøkelse. Eksplorativ					X	X						X		
Holtum, S.	Research watch: is social inclusion for service users increased when mental health professionals «come out» as service users?	2017	Ref	UK	Kommentar av to studier	X			X										
Jensen, P.	On learning from experience: Personal and private experience as the context for psychotherapeutic practice	2007	No	NO	Case study			X	X	X						X			
Karbouniaris, S. van Os, J.	Heal Thyself, Then Heal Others? The Power of Lived Experience	2021	Alert	NL	Kommentar	X		X	X	X				X					
King, A.J. Brophy, L.M. Fortune, T.L. Byrne, L.	Factors Affecting Mental Health Professionals' Sharing of Their Lived Experience in the Workplace: A scoping review	2020	Psyc	Aus	Scoping review	X		X	X	X	X	X	X	X					
Kundra, L.B. Saez, M.S.	Out of the shadows: supporting social workers with a mental illness	2019	Ref	USA PA	Yrning	X	X					X					X		
Oates, J. Drey, N. Jones, J.	Interwoven histories: Mental health nurses with experience of mental illness, qualitative findings from a mixed methods study	2018	Psyc	UK	Kvalitative intervjuer		X	X	X	X		X			X	X			
Oates, J. Drey, N. Jones, J.	«Your experiences were your tools»: How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice	2017	Ref	UK	Mixed design		X		X	X	X	X			X	X			
Ponder, J.	You Too, Me Too: My Professional Development and Transformation as a Psychotherapist	2019	CIN	USA TX	Autoetnografi						X				X	X			
Richards, R. Holtum, S. Springham, N.	How Do «Mental Health Professionals» Who Are Also or Have Been «Mental Health Service Users» Construct Their Identities?	2016	Ref	UK	Kvalitative intervju Diskursanalyse	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X
Roots & Roses	Wounded Healer Experiences in Art Therapy	2020	Psyc	USA	Autoetnografi Life-writing	X	X		X		X			X					
Råbu, M. McLeod, J. Haavind, H. Bernhardt, I.S. Nissen-Lie, H. Moltu, C.	How psychotherapists make use of their experiences from being a client: Lessons from a collective autoethnography	2021	No	NO	Autoetnografi Kollektiv		X	X	X					X	X	X			
Sjogeland, J. Jensen, P.	Helsepersonells bruk av personlige erfaringer med psykiske lidelser og rusproblemer i arbeidet (HEPFA)	2022	Eft	NO	Survey-undersøkelse				X	X							X		
Verthaler, J. M. Elliot, E. C.	A shared lived experience of a psychologist battling a mental health crisis	2020	Psyc	USA	Autoetnografi Narrativ	X				X					X				
Webb, D.	Bridging the spiritual gap	2005	Psyc	Aus	Autoetnografi Presentasjon konferans		X							X					
Zerubavel, N. Wright, M.O.	The Dilemma of the Wounded Healer	2012	Ref	USA OH	review-artikkel oversiktsartikkel	X		X	X	X	X	X				X			