

**Jeg ønsker å se nærmere på behandlingstilbudet som tilbys barn og unge med CFS/ME på min arbeidsplass, redegjøre for hva høysensitivitet er og se på hvordan denne kunnskapen kan ha betydning for det psykososiale arbeidet.**

EKSAMENSOPPGAVE HVPBU10415 Psykososialt arbeid- ulike praksiser, teorier og etiske dilemmaer.

## **INNHold**

1.0 INNLEDNING .....	3
1.1 Oppgavens disposisjon .....	4
1.2 Begrepsavklaring: .....	4
2.0 TEORIDEL .....	5
2.1 Chronic fatigue syndrom og Myalgisk encefalomyelopati .....	5
2.2 Behandlingstilbud til barn og unge med CFS/ME.....	5
2.3 Kirkengen.....	6
2.4 Hertz .....	6
2.5 Økende pasientgruppe .....	6
3.0 HVA ER HØYSENSITIVITET?.....	7
3.1 Overstimulering.....	7
3.2 Tverrfaglig samarbeid.....	8
3.3 Reflekterende team .....	8
4.0 HOVEDDEL.....	8
4.1 CFS/ME og høysensitivitet sett i et samfunnsperspektiv.....	8
4.2 Hvordan kan forståelse hjelpe?.....	10
4.3 Kan det være en sammenheng mellom CFS/ME og HS?.....	11
4.4 Overstimulering og stressrelaterte tilstander .....	12
4.5 Hvordan kan det tverrfaglige samarbeidet styrkes?.....	13
5.0 OPPSUMMERING.....	13
6.0 REFERANSER.....	14

Antall ord: 4023

## 1.0 INNLEDNING

Jeg har valgt følgende problemstilling:

*«Jeg ønsker å se nærmere på behandlingstilbudet som tilbys barn og unge med CFS/ME på min arbeidsplass, redegjøre for hva høysensitivitet er og se på hvordan denne kunnskapen kan ha betydning for det psykososiale arbeidet».*

I denne besvarelsen har jeg tatt utgangspunkt i aktuell praksis på min arbeidsplass som tilbyr rehabiliteringsopphold til barn og unge med CFS/ME, også kalt «kronisk utmattelsessyndrom». Det jobbes i tverrfaglige team med blant annet den biopsykososiale tilnæringsmodellen etter retningslinjer i Nasjonal veileder for CFS/ME fra Helsedirektoratet.

Med sosialkonstruksjonismen som terapeutisk posisjon vil jeg presentere noen tanker rundt hva jeg ser for meg kan forbedre tilbudet vi gir disse barna. Jeg vil presentere litteratur om karaktertrekket høysensitivitet, da jeg synes dette er interessant og begrepet har vært mye omtalt og debattert i media de siste årene. I tillegg er jeg kursholder om temaet, og ønsker å se nærmere på om denne kunnskapen kan være nyttig i det psykososiale arbeidet med barn og unge med CFS/ME.

De internasjonale konsensuskriteriene, ICC (2011) foreslår følgende inndeling; mild, moderat, alvorlig og svært alvorlig grad. Jeg avgrenser denne oppgaven til å handle om brukere med mild til moderat grad av CFS/ME, da det er disse jeg møter til daglig.

Formålet med oppgaven er å se på om kunnskap om høysensitivitet kan gi økt forståelse for hvordan fagpersoner møter barn og unge med CFS/ME.

## 1.1 Oppgavens disposisjon

Jeg starter besvarelsen med noen begrepsavklaringer.

Første del gir en kort presentasjon av diagnosen CFS/ME og hva rehabiliteringstilbudet på min arbeidsplass inneholder. Jeg presenterer litteratur fra A.L Kirkengen, S. Hertz og fra Tom Andersens arbeidsmetode; reflekterende team. Videre kommer en presentasjon av litteratur og forskning vedrørende personlighetstrekket høysensitivitet, for senere å se på om det kan være sammenhenger mellom CFS/ME og høysensitivitet i forhold til stressrelaterte symptomer.

I hoveddelen vil jeg se nærmere på hvordan denne kunnskapen kan være nyttig i vår forståelse av barn og unge som henvises til min arbeidsplass. Jeg vil også reflektere litt rundt hvilke holdninger som finnes i samfunnet i forhold til CFS/ME og høysensitivitet og hvilke faktorer jeg anser som viktig både kulturelt og samfunnsmessig.

Til slutt tar for meg hvilke utviklingsmuligheter jeg ser for meg knyttet til aktuell teori.

## 1.2 Begrepsavklaring:

**CFS:** *Chronic fatigue syndrom «kronisk utmattelsessyndrom».* (Bruun Wyller, Endresen Reme, Mollnes, 2016)

**ME:** *Myalgisk encefalomyelopati.* (Bruun Wyller, et al., 2016)

**Høysensitivitet:** *Et personlighetstrekk som medfører et mer sensitivt nervesystem.*  
(Foreningen for høysensitive)

**Salutogen tilnærming;** *«Teori om fysisk og psykisk helse som fokuserer på hva som fremmer god helse og gir individer økt mestring og velvære. Salutogenese ble utviklet som en motsatsteori til patologien, som vektlegger årsaker til sykdom.»* (Malt, 2009)

**Patogen tilnærming;** *Forstås som læren om de sykelige prosessene som sykdomsårsak.*  
(Skærbæk & Nissen, 2014).

**Biopsykososial tilnærming;** kan defineres som *«en forståelsesmodell for legemlige og psykiske sykdommer, som tar hensyn til helhet ved å vektlegge både biologiske, psykologiske og sosiale forhold.* (Malt, 2009)

**Sosialkonstruksjonismen innenfor det postmoderne paradigmet** vektlegger relasjonsbygging mellom terapeut og rådsøker og man søker en mer likeverdig

maktfordeling (subjekt – subjekt) istedenfor en ovenfra og ned holdning (subjekt – objekt). I sosialkonstruksjonismen er det fokus på å samskape og språket er sentralt. Betydningen av et likeverdig samspill mellom terapeut og rådsøker vektlegges stor tyngde. (I følge forelesning Svann Erik Knutsen, 2016)

## **2.0 TEORIDEL**

### **2.1 Chronic fatigue syndrom og Myalgisk encefalomyelopati**

I følge Nasjonal veileder for CFS/ME fra Helsedirektoratet (2014) er dette en sykdom med uavklarte underliggende sykdomsmekanismer og faglig uenighet om diagnosekriterier og behandlingsmetoder. Arv kan være en predisponerende faktor, og infeksjoner og bestemte personlighetstrekk som høy grad av perfektjonisme kan være utløsende faktorer. (Nasjonal veileder, 2014) Hovedsymptomet er langvarig og kronisk utmattelse. Mer spesifikke symptomer er mangel på forfriskende søvn, generelle kroppslige smerter, svekket hukommelse og redusert konsentrasjonsevne, samt andre kognitive symptomer som dårlig korttidsminne og langsom informasjonsbearbeiding. Andre autonome forstyrrelser er blodtrykksfall, svimmelhet og hjertebank. Det observeres også en følsomhet for sanseinntrykk som lys, lyd, lukt/smak og berøring. Andre symptomer som nevnes i Nasjonal veileder er nedsatt balanse, opplevelse av muskelsvakhet, sykdoms- og feberfølelse, irritabel tarm syndrom, intoleranse for enkelte matvarer eller kjemikalier. En indikator i diagnosevurderingen er responssvikt i hypothalamus-hypofyse-binyreaksen (HPA-aksen). (Bruun Wyller et al., 2016)

### **2.2 Behandlingstilbud til barn og unge med CFS/ME.**

Behandlingstilbudet baseres på Helsedirektoratets veileder for behandling av CFS/ME. Bruker deltar på et 4 ukers rehabiliteringsopphold med utgangspunkt i lystbetonte aktiviteter individuelt og i grupper. Målgruppen er barn og unge i aldersgruppen 13-18 år som har blitt diagnostisert med en av de overnevnte betegnelser.

Tilbudet består av gradert aktivitetstilpasning, fysisk aktivitet individuelt og i grupper, kognitiv tilnærming individuelt og i samtalegrupper, familiearbeid, avspenningsteknikker og kroppsbevissthet, tilpasset skoleaktivitet og eventuell planlegging og tilrettelegging for videre oppfølging.

Det tverrfaglige rehabiliteringsteamet består av sykepleier, fysioterapeut, idrettspedagog, lege og lærere. Målet er å lære brukerne verktøy og metoder for å få til endring. (Intern prosedyre for Barn og ungdom med diagnostisert CFS/ME på min arbeidsplass)

### **2.3 Kirkengen**

Kirkengen omtaler den biomedisinske tilnærmingens syn på mennesket ikke bare som mangelfull, men som misvisende og undrer seg over at den i liten grad har blitt problematisert. Tidligere har forskere vurdert menneskets subjektive opplevelse som upålitelig, mye fordi den ikke kan identifiseres eller korrigeres. Legen og forskeren vektlegger, med lang erfaring fra egen praksis og god tyngde i forskning, viktigheten av at individets fortelling blir hørt i det psykososiale arbeidet. Hun kritiserer den eksisterende og vedvarende antakelser om at den fysiske- og psykiske delen av mennesket er adskilt. Solid forskning bekrefter at dette ikke er tilfellet. Vi erfarer verden som kropp, og det finnes ikke lenger grunnlag for å tenke dualistisk om mennesket. Kirkengen (2005, s 62-65).

Ved langvarig stress aktiveres immunforsvaret, sentralnervesystemet og det endokrine systemet. Dette fører til ubalanse i kroppen som kan føre til alvorlige sykdommer. (Ifølge forelesning, Kirkengen 02.11.2016). Epidemiologisk forskning viser til en solid evidens av sammenhenger mellom diagnoser som blant annet irritabel tarm syndrom, fibromyalgi, kronisk tretthet og smerte og det å ha vært utsatt for stressende eller «forgiftende» opplevelser. (Ifølge forelesning Kirkengen 02.11.2016)

### **2.4 Hertz**

Den danske barne- og ungdomspsykiateren Søren Hertz er opptatt av språkets betydning i det psykososiale arbeidet, han mener at språket har en virkelighetsskapende kraft. Ved å velge en terapeutposisjon som er åpen, ydmyk og ikke-vitende, tenker han at vi åpner for en prosess hvor man sammen med rådsøker leter etter uante muligheter i en tilsynelatende fastlåst situasjon. Han hevder det krever mot til å tolerere tvil og usikkerhet i en slik terapeutposisjon, samtidig som det skaper mulighet til å starte en samarbeidsprosess med det mål å samskape en ny virkelighet. Hertz (2011, s.66-68)

### **2.5 Økende pasientgruppe**

Professor og overlege Trond H. Diseth ved Barne- og ungdomsklinikken ved OUS Rikshospitalet har registrert en økning på 400% i antall innleggelser med stressrelaterte tilstander de siste fem årene. Han ser hvordan stress og forventinger påvirker

hjerneutviklingen, den følelsesmessige, sosiale og kognitive utviklingen hos barn og unge. (Ertesvåg et al., 2016)

### **3.0 HVA ER HØYSENSITIVITET?**

Å være høysensitiv betyr at nervesystemet er mer fintfølende og var for sanseinntrykk. Det er et normalt og nedarvet personlighetstrekk som grunnleggeren av teorien Elaine Aron, hevder finnes hos 15-20 % av befolkningen. Det har vært hevdet at dette er et nytt fenomen, men det finnes forskning tilbake til 50-tallet, som understøtter teorien om at mennesker er født med ulik grad av sensitivitet. Selve betegnelsen høysensitivitet er ny. Foreningen for høysensitive (2014)

Forskningen viser at inntrykk bearbeides dypere og derfor oppleves sterkere. Som høysensitiv bruker man mye energi på å bearbeide alle inntrykkene.

Det å være høysensitiv kan være en enorm ressurs, når man forstår, aksepterer og lever i tråd med sitt personlighetstrekk. Høysensitive er ofte empatiske, følsomme, oppmerksomme, kreative, samvittighetsfulle, har et komplekst indre liv og er vare for stemninger. Negativ respons fra omgivelsene kan bidra til økt sensitivisering, og føre til utvikling av et lavt selvbilde.

Det er viktig informasjon at forskning viser at barn som vokser opp og blir møtt og forstått i forhold til sin sensitivitet ikke opplever utfordringer med å være sensitiv. Hvis man ikke tar hensyn til sin følsomhet kan dette føre til en tilstand i konstant beredskap både fysisk og psykisk, som over tid kan føre til utvikling av stressrelaterte sykdommer. Foreningen for høysensitive (2014), Kvam (2013)

### **3.1 Overstimulering**

Overstimulering oppstår når det har vært for mye inntrykk uten tid til å hente seg inn igjen. Man ser ulike reaksjoner på overstimulering. Noen får konsentrasjonsproblemer, opplever ubehagelig stress, depresjon og fysiske symptomer som svimmelhet, kvalme, irritert tarm syndrom og uspesifiserte kroppslige smerter. Andre kan reagere med irritasjon, uro / hyperaktivitet og aggresjon. Alle opplever overstimulering og det er en normal tilstand som stort sett håndteres greit, forskjellen mellom høysensitive og mindre sensitive mennesker er at den sensitive oppnår dette lukningspunktet tidligere enn en mindre sensitiv person. Aron (2013, s. 28-30)

### **3.2 Tverrfaglig samarbeid**

Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform hvor flere yrkesgrupper samarbeider på tvers av faggrensene om et felles mål. Glavin og Erdal (2013, s.25). Straand hevder at ved å enes om en felles plattform eller kjerne sikres fokus og retning i det tverrfaglige arbeidet. Samtidig kan plattformen berikes og utvikles av forskjelligheten i de ulike profesjonene. Målet med en felles plattform er å skape en mulighet til å gjøre hverandre gode. Det er viktig å ha fokus på forbedringsmulighetene, slik bevares mulighetene for kritisk tenkning, videreutvikling av plattformen og implementering av nye teoretiske innfallsvinkler. Straand (2011 s 63)

### **3.3 Reflekerende team**

Reflekerende team er en arbeidsform som ble utviklet av blant annet psykolog Tom Andersen på 80- tallet. Den kjennetegnes ved at terapeut og klient først snakker sammen med et reflekterende team tilstede som bare lytter til det som blir sagt. Etterpå diskuterer det reflekterende teamet det de ser og hører, mens klient og terapeut sitter i samme rom og lytter. Utgangsposisjonen for en terapeut er å være lyttende og mottagelig for de beskrivelsene som blir fremlagt. Eliassen og Seikkula (2006, s.15-22)

## **4.0 HOVEDDEL**

Den stadige økningen av antall innleggelser av barn og unge med stressrelaterte tilstander er grunn til bekymring. Tallene fra overlege Trond H Diseth sier mye om belastningen mange barn og unge kjenner på. De barna jeg møter til daglig har ofte en komplekst sammensatt historie, hvor kartlegging av det biologiske er godt ivaretatt med mye utredning. Det psykologiske og sosiale miljøet har ofte vært utfordrende, og de har opplevd mye motstand i forhold til å bli trodd, fordi de tilsynelatende ikke har noen «årsak» til å være så syke. Kan denne økende pasientgruppen forstås på en annen måte med hjelp av kunnskap om høysensitivitet? Kan det handle om at disse barna er et speilbilde av samfunnet, som symptom på at belastningen er for stor? Jeg vil bidra til at disse barna får hjelp før stressrelaterte tilstander får utviklet seg.

### **4.1 CFS/ME og høysensitivitet sett i et samfunnsperspektiv.**

Vi lever i et utadventt hurtigsamfunn, med konstante inntrykk, stadige omstillinger og forventninger om effektivitet, og når man ikke klarer å følge med i utviklingen på ett eller flere nivåer risikerer man å falle ut sosialt og skolefaglig.



Jeg vil påstå at både CFS/ME og høysensitivitet forbindes med noe negativt og sykkelig både kulturelt og på samfunnsnivå. Merkelapper som «svakt» og «hemmet» er assosiasjoner som opp igjennom tidene har preget psykologiens syn på de sensitive, og jeg ser at dette er nærliggende for mange å tenke. Aron (2013, s 25) Jeg anser dette som uheldig da det bidrar til at vi opprettholder en negativ holdning overfor det vi ikke forstår. En holdning om at symptomene bare er «psykisk» og «sitter i hodet». Kirkengen viser i sin forskning at dette ikke er en holdbar tankegang. Kroppen er ett og det finnes alltid gode forklaringer bak et menneskes atferd.

Mennesket har en naturlig iboende evne til å kritisk vurdere om nye ting eller situasjoner er farlig eller ikke. Kan det tenkes at en iboende skepsis lå til grunn for holdninger i det moderne paradigmet? Det skapte en slags trygghet i å søke «sikker viten», være eksperten med beviselige, konkrete og sikre «sannheter». Men hva er egentlig «sikker viten» og hvorfor sitter disse holdningene fremdeles så dypt i mennesket? Hvorfor har vi et så sterkt behov for å kategorisere eller definere for å gi nyttig behandling? Høysensitivitet er ingen diagnose og mitt synspunkt er at mange opplever å ikke være syke «nok» eller «reelt» syke i et slikt system. Hvis et sykdomsbilde ikke passer logisk inn i det medisinske fagfeltet eller i psykiatrien blir vi ofte rådville.

Ved å bevege oss bort fra holdningene i den biomedisinske forståelsesmodellen, ser jeg en mulighet for at vi kan nærme oss et mer sensitivt samfunn med mer aksept for det vi ikke forstår. For meg er det å ikke ha et ferdig ekspertråd eller en oppskrift på hva som er god hjelp for individet en svært god måte å jobbe psykososialt på. Kanskje kan en ikke vitende holdning, og mindre diagnosefokus bidra til å ufarliggjøre og normalisere sykdomstilstander og dempe frykt. En forutsetning er selvsagt at mulige medisinske årsaker er utelukket. Selv om man ikke alltid finner årsaken til at ting har utviklet seg slik de har gjort, er det mye god behandling i medmenneskelighet, forståelse og aksept.

Noe av kritikken rettet mot betegnelsen høysensitivitet har blant annet handlet om at man ikke ønsker å definere en gruppe mennesker på bakgrunn av et personlighetstrekk, med fare for å kategorisere. Det etterlyses også mer forskning om emnet. (Moltsen, 2016) Mitt synspunkt er at kunnskap om betegnelsen høysensitiv bidrar til økt forståelse og åpenhet, nettopp fordi det ikke er en diagnose, men noe normalt som kan påvirke et menneskes liv i stor grad. Ved å møte mennesker ut i fra hvordan de erfarer verden, anser jeg som bedre

enn ut i fra diagnosekriterier. I forhold til etterlysning om mer forskning, så foregår det stadig ny forskning på området. (Foreningen for høysensitive, 2014, s. 6)

Et viktig poeng i samfunnssammenheng er at sensitiviteten bringer frem styrker som samfunnet kan ha stor nytte av og som er verdifulle for å skape et varmere og mer inkluderende samfunn. Jeg ser på personlighetstrekket som et bidrag til å opprettholde en viktig balanse mellom mennesker, et budskap om at vi er, og skal være forskjellige. Endres holdninger vedrørende disse temaene på samfunnsnivå vil det igjen påvirke hvordan vi møter og forstår stressrelaterte tilstander og psykiske helse- og uhelse.

Det sees også kulturelle forskjeller i hvordan egenskaper hos en høysensitiv person blir ansett. Det er gjerne mer utfordrende å vokse opp i en individualistisk kultur som vi ser i vestlige land, og det å være høysensitiv i en mer kollektiv kultur, som i de asiatiske landene. Det ser ut til at empati, intuisjon, det å være introvert, det å vurdere i større grad før man handler og behov for alenetid kan være mer kulturelt akseptert i andre land.

I min utvikling som fagperson har kunnskapen om dette personlighetstrekket hjulpet meg til å bli mer ydmyk og aksepterende i møte med mennesker. Jeg tror at ved å ikke være så opptatt av å diagnostisere vil vi åpne for et mer likeverdig samarbeid med rådsøker.

## **4.2 Hvordan kan forståelse hjelpe?**

Vi har ulik nedarvet sensitivitet, og jeg tror at denne kunnskapen kan hjelpe fagpersoner med å forstå barn og unge, samt symptomer på overstimulering. Ikke bare overfor høysensitive, men på et generelt grunnlag. Et fokus i behandlingstilbudet på min arbeidsplass er å hjelpe barn og unge til å lære teknikker og verktøy basert på en manual. Jeg mener det kan være verdifullt å bistå mennesker med å leve i tråd med en eventuell grad av sensitivitet, i stedet for å motarbeide det ved å prøve å tilpasse seg andres mal i et ikke så sensitivt samfunn.

Slik jeg ser det er den kraften som ligger i det å bli møtt med medmenneskelighet, tillit og aksept sterkt undervurdert. Mange mennesker jeg møter preges av en opplevelse av å ikke bli møtt med forståelse, og de bruker derfor mye krefter på å overbevise helsepersonell og omverdenen om at de er syke. Jeg tror dette bidrar til å holde oss tilbake i det moderne paradigmet med den patogene tenkningen i fokus.

Samtidig ser jeg en fare for at personlighetstrekket blir en opprettholdende faktor for noen mennesker. Jeg har erfaring med at det for enkelte kan bli en unnskyldning for å ikke ta ansvar for eget liv og at noen foreldre kan benytte begrepet høysensitivitet for å overbeskytte barnet sitt og unngå å ta tak i de egentlige utfordringene. Slik jeg ser det gir dette to muligheter; man har ikke nok kjennskap til hva høysensitivitet er og kan velge å se dette som noe negativt og dermed unngå å utforske det nærmere, eller alternativt kan man se det som en mulighet for å komme i god posisjon til å hjelpe. En fagperson med trygghet rundt temaet høysensitivitet vil kunne vise forståelse og gi anerkjennelse til familien og barnet, noe som igjen vil bidra til god relasjonsbygging og godt samarbeid.

### **4.3 Kan det være en sammenheng mellom CFS/ME og HS?**

Det er flere likhetstrekk mellom anbefalt behandling fra Nasjonal veileder, behandlingen som tilbys ved min arbeidsplass og aktuell litteratur med anbefalinger for hvordan man kan leve godt med sin sensitivitet. I behandlingstilbudet inngår stressmestring, avspenning, kroppsbevissthet, kunnskapsheving, kostholdsveiledning, aktivitetstilpasning og energifordeling, mindfulness, dyreassistert terapi og yoga. Gode råd til høysensitive handler om mye av det samme, blant annet om å finne sin balanse i forhold til energibruk, vite at man trenger mer tid til å bearbeide inntrykk enn andre, kosthold, fysisk aktivitet, ta gode pauser og ta ansvar for egne behov. (Aron, 2013 s. 72-84)

Hvis vi ser på symptomene, finnes flere likhetstrekk som over tid fører til stressrelaterte sykdommer. I form av ulike kroppslige symptomer som reaksjon på en type overbelastning eller som Kirkengen velger å kalle det reaksjoner på «forgiftende» opplevelser. Kan det tenkes at mange som blir diagnostisert med CFS/ME egentlig bare er mistilpassede høysensitive? Mine tanker rundt dette er at mange utfordringer i forhold til kronisk tretthet likner svært mye på resultater av å ha levd overstimulert over tid hos en høysensitiv.

Kroppen vil påvirkes sterkt, men som forskningen på høysensitivitet underbygger, vil belastning og stress påvirke de sensitive i større grad enn hos en som er mindre sensitiv. Aron (2013, s. 92). Opplevelser som utenforstående ikke anser som belastende, kan sette dype spor hos individet, og hvem andre enn individet selv er eksperten på seg selv? Subjektets opplevelse er den beste ledetråden vi har for å kunne gi hjelp som er nyttig.

Mange av barna med CFS/ME trenger samtidig å utfordre seg selv. De har blitt engstelige for å være i aktivitet fordi de har fått negative opplevelser med sterke symptomutbrudd i etterkant. Høysensitive kan også havne i en situasjon der de velger å trekke seg tilbake fra

samfunnet på grunn av tidligere negative opplevelser med overstimulering.

Overstimulering kan gi svært ubehagelige opplevelser med utmattelse som resultat. Jeg har erfart at dette skremmer mange inn i isolasjon, mens andre igjen øker aktivitetsnivået enda et hakk for å forsøke å mestre det som forventes. Det er selvsagt en balansegang mellom å ta hensyn til sensitiviteten og det å finne riktig mengde utfordring, her kan fagpersonen gi veiledning.

#### **4.4 Overstimulering og stressrelaterte tilstander**

Trond H Diseth definerer stressrelaterte «tilstander som kroppslige symptomer uten tilstrekkelig organiske funn», det vil si funn som ikke kan forklares ut fra dagens undersøkelsesmetodikk. Jeg ser denne definisjonen og ordbruken som problematisk fordi det opprettholder tankegangen om at mennesket er delt i en fysisk og en psykisk del. Det finnes slik jeg ser det alltid en årsak til en tilsynelatende uforståelig atferd, selv om den ikke kan bevises etter anvendt metodikk. Jeg tenker dette bekrefter at dagens forståelse av disse tilstandene ikke er tilstrekkelig. Disse barna har opplevd noe som har overbelastet dem, og det er vår oppgave som fagpersoner å se bakenfor atferden og se på situasjonen i kontekst. Fagpersonen må våge å holde ut i det usikre, ha forståelse for prosessen og fortsette å lete etter de uante mulighetene. Kanskje kan kunnskapen om ulik sensitivitet bringe frem økt forståelse og samtidig unngå at det utvikler seg til en stressrelatert tilstand?

Kunnskap om overstimulering og barnets lukningspunkt er viktig for helsepersonell som arbeider med barn, da reaksjoner på overstimulering har en tendens til å forveksles med f.eks. sjenerthet, eller atferden blir puttet i «bås» og barnet betegnes som «et vanskelig» eller «umulig barn». Aron (2013, s. 28-30 og 267-268)

Ordene i anførselstegn er etter min mening uheldige i møte med barn og unge, da de vil kunne prege holdninger hos både fagperson og rådsøker og tilhører tenkningen i det moderne paradigme. Kunnskap om personlighetstrekket kan, slik jeg ser det, hjelpe barn og unge med å forstå sin situasjon på en ny måte. Ved å forkorte tiden barn og unge forblir i overstimulert tilstand vil restitusjonstiden bli mindre.

#### **4.5 Hvordan kan det tverrfaglige samarbeidet styrkes?**

For å komme frem til en felles plattform, eller kjerne, tenker jeg det er viktig at det settes av tid til å reflektere over egen individuell praksis og felles praksis i teamet. Dette vil bidra til å holde høy faglighet og gi rom for drøfting av nye teorier og ny forskning.

Selv har jeg svært god erfaring med veiledning fra tidligere arbeidsplass, hvor jeg fikk økt bevissthet rundt egne holdninger og atferd, det kollegiale samholdet ble styrket og det tverrfaglige samarbeidet bedre. Her tenker jeg min nåværende arbeidsplass har et stort utviklingspotensial. For å få til dette er det behov for aksept fra ledelsen om at det er verdifullt å bruke tid på veiledning og refleksjon rundt en felles plattform og eksisterende praksis.

Fra min tidligere arbeidsplass har jeg erfaring med arbeidsformen reflekterende team og tenker at dette kan styrke det tverrfaglige samarbeidet og legge til rette for et bedre samspill med barn og unge og deres familier. Det er lett å bli utålmodig og usikker når man står i prosesser for å hjelpe, og det er ikke mulig å gi garantier i det psykososiale arbeidet. For å holde ut og fortsette å utvikle seg som terapeut har jeg stor tro på veiledning, refleksjon over egen praksis og arbeid i reflekterende team.

Hertz oppfordrer fagpersonen til å forsøke å skape et samarbeidsprosjekt om det som oppleves vanskelig, hvor språket blir virkelighetsskapende. I kraft av individets historier sett i kontekst, kan de nye uante mulighetene komme til syne. For å legge til rette for dette tenker jeg at en grunnholdning om likeverdighet må ligge til grunn, slik at terapeut og rådsøker sammen kan finne frem til en ny virkelighet i en situasjon som kan kjennes umulig å se nye løsninger på. Det er ikke alltid vi som fagpersoner kan forstå, og det krever mot å stå stødig i en slik prosess, samtidig tenker jeg at det viktigste er å forbli undrende og nysgjerrige underveis.

#### **5.0 OPPSUMMERING**

I denne besvarelsen har jeg sett nærmere på behandlingstilbudet som gis til barn og unge med CFS/ME på min arbeidsplass. Jeg har satt fokus på personlighetstrekket høysensitivitet, som jeg tenker kan være en viktig faktor for å øke forståelse for- og

forebygging av lidelser som kronisk utmattelse og andre stressrelaterte tilstander. Forståelse og aksept for individets opplevelser og samhandling med rådsøker med en subjekt – subjekt holdning er noe jeg anser som viktig i det psykososiale arbeidet.

I arbeidet med besvarelsen har jeg lagt frem noen forslag som jeg tenker kan øke kvaliteten på det psykososiale arbeidet på min arbeidsplass, nærmere bestemt; arbeid i reflekterende team, veiledning og tid til å jobbe sammen om en felles plattform.

I siste del har jeg sett på hvilke holdninger og antakelser i samfunnet som eksisterer rundt CFS/ME og høysensitivitet, samt hvordan disse holdningene påvirker hvordan sensitive og sårbare mennesker blir møtt. Jeg tenker det er behov for endringer på et generelt plan i samfunnet, som kan bidra til et mer ydmykt, balansert og medmenneskelig samfunn.

Videre har jeg sett på sammenhenger mellom CFS/ME og høysensitivitet, og ser flere likheter. Overstimulering kan forveksles med flere av symptomene vi kan møte i det psykososiale arbeidet, tenk hvis vi kan dempe frykt og unngå at symptomer eskalerer ved å gjøre dette til et normalt og akseptert hverdagsord? Jeg mener ikke man kan kalle alt for høysensitivitet, men jeg tror det kan berike oss som fagpersoner og virke forebyggende på stressrelaterte tilstander.

## **6.0 REFERANSER**

Aron, E.N. (2013) *Sensitiv styrke. La sårbarheten bli din styrke*. Cappelen Damm.

Bruun Wyller, V. Endresen Reme, S. Tom Eirik Mollnes, T.E. (2016, 13.12) *Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati – sykdomsmekanismer, diagnostikk og behandling*. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2015/12/kronikk/kronisk-utmattelsessyndrommyalgisk-encefalopati-sykdomsmekanismer-diagnostikk-og-behandling>.

Carruthers et al 2011. Kortversjonen av De internasjonale konsensuskriteriene for CFS/ME (2011) Hentet fra [http://menin.no/om\\_m\\_e\\_/diagnostisering\\_av\\_m\\_e\\_/content/text\\_f616c26b-8d14-4f74-8f69-8cf166a8ed8f/1326372376736/kortversjon\\_diagnosekriterier.pdf](http://menin.no/om_m_e_/diagnostisering_av_m_e_/content/text_f616c26b-8d14-4f74-8f69-8cf166a8ed8f/1326372376736/kortversjon_diagnosekriterier.pdf)

Eliassen, H. & Seikkulla, J. (2006) *Reflekterende prosesser i praksis*. Oslo. Universitetsforlaget.

Ertesvåg, F. Wallenius, H. Huuse, C. (2016, 23.10) *Stadig flere unge legges inn med stress sykdommer* Hentet fra <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/oppvekst/stadig-flere-unge-legges-inn-med-stress-sykdommer/a/23821635/>

Foreningen for høysensitive (2014) *Kompendium til kursholder-Sensitiv styrke*. Ukjent publiseringssted og forlag

Helsedirektoratet (2014) *Nasjonale veileder for CFS/ME fra Helsedirektoratet*(2014) IS-1944 Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonale-veileder-pasienter-med-cfsme-utredning-diagnostikk-behandling-pleie-og-omsorg>

Hertz, Søren. 2011. *Barne og Ungdomspsykiatri*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Intern prosedyre for Barn og ungdom med diagnostisert CFS/ME på min arbeidsplass. Hentet fra Intranett.

Kirkengen, A.L, Næss, A.B. (2005) *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Universitetsforlaget.

Kvam, Merethe (2013, 13.03) *Mer følsom enn de fleste?* Hentet fra <http://nhi.no/forside/mer-folsom-enn-de-fleste-39616.html>

Malt, Ulrik. (2009) Biopsykososial tilnæringsmodell *Store medisinske leksikon* Hentet fra [https://sml.snl.no/biopsykososial\\_modell](https://sml.snl.no/biopsykososial_modell)

Moltsen, Madts (2016, 29.08.) *Forskere kritisk til teori om de særlig sensitive*. Hentet fra <http://forskning.no/psykologi/2016/08/forskere-kritiske-til-teori-om-de-spesielt-sensitive>

Skærbæk, Eva, Nissen, Morten (red.) 2014. *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Straand, S. (2011). *Samhandling som omsorg: tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge*. Oslo. Kommuneforlaget.