

Ole Magnus Øyvindsson Vik
Bengt Molander (Veileder)
Morten Magellsen (biveileder)

Moral og dydsetikk i psykoterapi

Mai 2020

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Det humanistiske fakultet
Institutt for filosofi og religionsvitenskap

Bacheloroppgave

2020



Ole Magnus Øyvindsson Vik
Bengt Molander (Veileder)
Morten Magellsen (bivelieder)

Moral og dydsetikk i psykoterapi

Bacheloroppgave
Mai 2020

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Det humanistiske fakultet
Institutt for filosofi og religionsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

MORAL OG DYDSETIKK I PSYKOTERAPI

Innledning

Denne oppgaven har fem målsettinger. For det første vil jeg argumentere for at psykoterapi, i tillegg til å være en vitenskapelig fundert praksis, også er en moralsk fundert praksis. Jeg vil forsøke å sannsynliggjøre at den psykoterapeutiske kontekst også er en arena for kultivering av dyder. Jeg vil argumentere for dette selv om dette kan tenkes å få store konsekvenser for psykoterapeutens rolleforståelse.

For det andre vil jeg drøfte hvilken form for normativ etikktradisjon som kan tenkes å passe best inn i en psykoterapeutisk kontekst. Jeg vil her forsøke å vise at dydsetikken, og spesielt den neoaristoteliske dydsetikken har noen fordeler fremfor andre perspektiver, men som begrenses av å ikke kunne imøtegå *tragiske* problemstillinger. Den dydsetikken som passer best inn i en psykoterapeutisk ramme må derfor være en dydsetikk som vektlegger viktigheten av å leve det gode liv gjennom kultivering av dyd (spesielt praktisk visdom) men som samtidig rommer det tragiske: en slik dydsetikk har jeg valgt å kalle *fronetisk* dydsetikk.

En kan tenke seg at det fins to konkurrerende konseptualiseringer av psykoterapeutisk praksis: En mer teknisk, «medisinsk» tankemåte som ser psykoterapi som noe der man først og fremst skal behandle pasientens psykiske helse, og et annet som er fundert på det fronetiske perspektivet. Det tredje målet er å argumentere for relevansen av det andre perspektivet, og for det uhensiktsmessige ved det første.

For det fjerde vil jeg forsøke å sannsynliggjøre at psykoterapi berikes av en tettere interaksjon med moralske spørsmål generelt og at den derfor i større grad bør inkorporeres i psykoterapeutisk praksis og teoriutvikling for å bli en mer epistemisk redelig så vel som effektiv fagdisiplin.

Den femte målsettingen vil være å problematisere og diskutere de rådende moralske perspektivene i psykoterapifaget, samt dets operasjonalisering av hva som er god psykoterapeutisk praksis. I den grad psykoterapi beskjeftiger seg med moral synes den å være mest opptatt av moralske ramme-spørsmål (også omtalt som *demarkasjonsetikk*), mens moralske tema innenfor rammene synes å være mindre vektlagt. Dette fremstår som mangelfullt, og jeg vil argumentere for hvorfor psykoterapeutisk praksis er tjent med

supplerende fronetiske perspektiver som nettopp søker å belyse problemstillinger på innsiden av rammene.

Noen definisjoner: Psykoterapi, moralsk praksis og tragiske problemstillinger

Psykoterapi vil i denne oppgaven bli forstått som samtalebasert behandling utført av helsepersonell for å hjelpe pasienter til å leve bedre liv. Det foregår ved at en pasient og en terapeut møtes regelmessig på et egnet sted og snakker sammen. Psykoterapien er fundert på vitenskapelig metode og psykologisk teori. I Norge er det først og fremst psykologer og psykiatere som praktiserer psykoterapi.

Med *moralsk praksis* menes i denne oppgaven en bestemt form for villet aktivitet som er veiledet og inspirert av en normativ etisk tradisjon. I moralsk praksis så vil man forsøke å handle i tråd med/realisere sentrale prinsipper innenfor den respektive etiske tradisjonen, enten som gruppe eller som individ. Moralsk praksis kan for eksempel være en fotballtrener som forsøker å få laget til å trene i tråd med stoiske prinsipper eller en klinisk etikkomite som utforsker en behandlingspraksis ved et sykehus ut fra hippokratisk etikk.

En tragisk problemstilling vil i oppgaven forstås som en etisk problemstilling der det ikke nødvendigvis fins en god fremgangsmåte. Eller der det handler om å velge mellom flere legitime goder.

Hvordan moralen kan styrke psykoterapien

Forholdet mellom psykologi og filosofi

Filosofien har stilt mange av de samme spørsmålene, og forsøkt å belyse samme type tema som psykologien i flere tusen år. «Hva vil det si å være et menneske?» og «hvordan forstår vi verden?» kan stå som to eksempler. Siden antikken har etikken dessuten forsøkt å hjelpe folk til å leve bedre liv, akkurat som psykoterapien (Nussbaum, 2009, s.14). For eksempel argumenterte både stoikerne og epikureerne eksplisitt for at deres etikk skulle være en sjelelig behandling på linje med medisinsens kroppslige behandling. Filosofens rolle var å bruke visdom og fornuft for å fjerne eventuelle hindre for deres «pasienters» evne til å tilstrebe *eudaimonia*. Blant andre Nussbaum (2009, s. 42) hevder at dette er en direkte analogi til moderne psykoterapi. Psykologien og filosofien har altså lenge både hatt overlappende interessefelt og målsettinger.

Psykoterapi og normativ etikk er ekstra tett forbundet.

Som antydnet over er det spesielt psykoterapien i relasjon til den normative etikken, som kan tenkes å være tett forbundet. Det er mye som taler for at denne forbindelsen er et gode. Under vil jeg peke på to viktige forhold: Hvordan psykoterapien kan sies å bli mer redelig, og hvordan psykoterapien kan bli mer effektiv som følge av å i større grad anerkjenne denne forbindelsen.

1. Normativ etikk gjør psykoterapi mer redelig

Det er ikke veldig kontroversielt å hevde at etikk er viktig for klinisk psykologi.

Psykoterapeuter har potensielt mye makt og innflytelse på andre og forvalter derfor et stort ansvar. Dette stiller høye krav til psykoterapeutens dømmekraft og evnen til etisk refleksjon om egen praksis er derfor avgjørende. Ikke minst er dette viktig fordi etiske blindsoner kan tenkes å forringe klinisk arbeid. Akkurat som ikke-erkjente følelser kan bli problematiske (og for eksempel manifestere seg som terapihemmende overføringer og motoverføringer), kan manglende innsikt i egne implisitte moralske posisjoner også bli en utfordring. En kan sågar hevde at psykologen trenger å ha oversikt over sitt moralske landskap i like stor grad som sitt følelsesmessige landskap for at vedkommende skal bli en god hjelper. Spesielt med tanke på hvordan noen studier antyder at pasienter har en tendens til å ubevisst kopiere terapeutens moralsett (Newberg & Waldman, 2006, sitert i Burns et al., 2013 s.2). Hvis terapeuter er moralske rollemodeller for sine pasienter, har de kanskje også et ansvar for å gjøre seg bevisst sine egne moralske grunnposisjoner?

Et annet poeng er at ved å neglisjere moraldimensjonen så eroderes muligens også den epistemologiske grunnmuren som psykoterapien er bygd på: Psykologien er læren om hva folk er og gjør. Moralen er læren om hva folk bør gjøre. I psykoterapeutisk arbeid vil spørsmål som omhandler rett og galt, godt og vondt, bra og dårlig alltid gjøre seg gjeldende. For eksempel er en utforskning av hvilke teknikker en pasient kan praktisere for å regulere stress, også å foreta en rekke verdivurderinger (mindre stress er bedre enn mye stress, et godt liv er et mindre stresset liv, osv). *Bør* blir derfor minst like relevant som *er* i psykoterapi. Vitenskapen skal ikke, og kan ikke, besvare moralske spørsmål (bør-spørsmål). Ergo: En psykoterapeutisk praksis som *bare* er fundert på psykologisk vitenskap vil ikke bare være begrensende, men også mer spekulativ. Hvis moralske dommer er bakt inn i behandlingssituasjonen (noe jeg vil argumentere for at den er), så vil de som praktiserer psykoterapi aktivt og hele tiden, ta stilling til moralske spørsmål. Og det er psykologien *qua vitenskap* ikke skodd for.

2. Normativ etikk gjør psykoterapi mer effektiv

Også for effekten av psykoterapi synes utforskning av moralske grunnsyn og etiske problemstillinger være formålstjenlig, dels fordi det er et gode i seg selv, men også fordi arbeid med moralske spørsmål som pasienter er opptatt av, har en veldokumentert terapeutisk effekt (Harris, 2013, s.18). Det kliniske arbeidet kan derfor fort bli mindre fruktbart hvis ikke moralske antakelser (hos både terapeut og pasient) i det minste anerkjennes og jobbes med, i løpet av terapiprosessen.

Det er med andre ord både praktiske og prinsipielle grunner til å hevde at normativ etikk og psykoterapi står, og kanskje i enda større grad bør stå, i et tett forhold til hverandre.

Den kliniske psykologiens forhold til normativ etikk

Den kliniske psykologien har lenge anerkjent at det er en moralsk dimensjon i psykoterapeutisk arbeid og den diskuteres inngående av flere. Allerede hos Freud ser man tendenser til å (konseptuelt) gå forbi det vitenskapelige grunnlaget for terapeutisk praksis: Han mente blant annet at en utelukkende medisinsk forforståelse av det psykoterapeutiske arbeidet skapte dårlige terapier (Woolfolk, 2012, s.41) og sammenlignet terapeutrollen med sjelesørgeren (og den dertilhørende åndelig-moralske tilleggsforståelsen). C.G Jung hadde et lignende perspektiv og tenkte seg terapeutrollen som sammenlignbar med en slags sekulær prest, blant annet fordi pasientens verdensanskuelse og livssyn også trengte å inkluderes og anerkjennes som viktige dimensjoner å utforske i terapirommet (Woolfolk, 2012, s.41). Også utenfor den psykodynamiske leiren har man lenge diskutert forbindelsen mellom moral og klinisk psykologi. London (1986, sitert i Waring 2012, s.26) hevder for eksempel at det terapeutiske rommet også blir moralsk når dypt verdiladete begreper som «helse», «sykdom» og «normalitet» anvendes. London peker på hvordan slike begreper kommer med en rekke uttalte og uuttalte forforståelser og hvordan det å jobbe med disse begrepene uten å klargjøre hva de betyr sammen med pasienten vil kunne risikere å gjøre dem meningsstomme og derfor mindre anvendelige. Margolis (1966, sitert i Waring 2012, s.26) argumenterer langs lignende baner når han understreker hvordan terapi er et prosjekt som har noen innbakte verdier og normer som uunngåelig blir aktualiserte når terapeuten forsøker å hjelpe pasienten til å skape endring. Av nyere dato kan man for eksempel trekke frem Waring (2012, s.30) som viser hvordan hele den terapeutiske prosessen også kan forstås som et moralsk prosjekt: Han hevder at både problemdefinisjon, utforming av behandlingsmål, så vel som samhandlingen mellom pasient og terapeut for å nå målene, kan forstås som en form for anvendt dydsetikk.

Her i Norge har Berg (2019, s. 17) nylig argumentert for en lignende forståelse. Dette er med andre ord tanker som på ingen måte er spesielt radikale, nye eller ukjente innenfor den psykoterapeutiske litteraturen. Likevel kan det virke som om den moralske dimensjonen har en påfallende marginalisert posisjon i psykoterapi (Burns et al, 2013, s.2).

Neo-aristotelisk dydsetikk og dens konseptualisering av det gode liv

Mange normative etiske tradisjoner (f.eks deontologi eller og sentimentalisme) kan tenkes å være konstruktive moralske fundamenter for psykoterapi. I denne oppgaven vil jeg imidlertid delvis ta utgangspunkt i neoaristotelisk dydsetikk. Med dette menes en dydsetikk som tar utgangspunkt i den aristoteliske dydsetikken, men som ikke deler hans syn på kvinner, ikke-grekere, slaver osv (Hursthouse, 1999. s. 8). Dessuten vil de fleste neoaristotelikere operere med en mer omfattende liste av dyder enn Aristoteles (Hursthouse, 1999. s. 8). Men ellers følger den Aristoteles sitt moralske prosjekt, slik det kommer frem i *Den Nikomakeiske etikk*, ganske tett (Hursthouse, 1999. s. 9).

Den neoaristoteliske dydsetikken er en aktør-sentrert moral som har som mål å fremme menneskelig blomstring. Blomstring forstås som å leve et liv der man realiserer sin iboende menneskelighet (Darwall, 1998, s.195). Å realisere sin iboende menneskelighet handler om å gjøre typisk menneskelig aktiviteter på en god måte. For å få til dette trenger vi å handle i tråd med dydene. Og aller helst bør vi handle i tråd med dem slik at de blir en del av oss. Når vi har dydene integrert, vil vi bli mer kyndige mennesker (Darwall, 1998, s.199). Den sentrale dyden er praktisk visdom (*fronesis*), for uten den så vil vi ikke vite for eksempel om handlingen vi vurderer er modig eller bare dumdristig. Dessuten trenger vi praktisk visdom fordi vi tilegner oss dydighet gjennom riktig overveielse og riktig handling. Det er med andre ord ikke nok å bare handle riktig, vi må handle riktig ut fra de rette grunnene. I den neoaristoteliske dydsetikken blir det sentrale spørsmålet: hva slags type person vil jeg være? Og man antar at et voksent, tilregnelig menneske vil søke det gode, og vil derfor være i stand til å innse at hen vil ønske å handle på en måte som *kultiverer* dydene inne i seg (Annas, 2013, s.31).

Det gode liv i neoaristotelisk dydsetikk

Det gode liv forstås som «sjelelig aktivitet i samsvar med dyd (Rabbås et al. 2015, 103).»

Dette tar utgangspunkt i en antakelse om at det fins en rett måte å leve på, som igjen tar utgangspunkt i en (aristotelisk) antakelse om at alle mennesker har den samme *telos* – dvs. en form som de virkeliggjør i seg selv. Dette synet er vanskelig å forsvare i dag. Er det så mulig

å operere med en antakelse om at alle mennesker kan og bør strebe mot de samme dydene slik neoaristotelisk dydsetikk forfekter?

Ja, ifølge Annas (2013, s.53). Hun hevder at dyder for det første har vist seg å ha en påfallende høy interkulturell validitet, og at de også har vist seg å være et godt egnet «språk» for å fostre interkulturell forståelse i konfliktområder. Hun argumenterer altså for at dydene kan være universelt gyldige og hensiktsmessige for å ha det godt. I denne oppgaven er det ikke rom for å gå videre inn i dette temaet, så vi må nøye oss med å registrere at det er mulig å anta at det fins en mer universell konseptualisering av det gode liv, selv om man ikke støtter seg på en aristotelisk ontologi. Vi vil berøre dette spørsmålet igjen i avsnittet «Noen problemstillinger rundt mer etisk refleksjon i terapirommet.»

Hvorfor dydsetikken er godt egnet som fundament for psykoterapeutisk praksis

Det er visse egenskaper ved dydsetikk som synes å gjøre den ekstra godt egnet i terapirommet. Før vi går videre og ser på den neoaristoteliske dydsetikken mer spesifikt, vil jeg her først komme med noen argumenter for dydsetikken generelt. Og jeg vil kontrastere den med tre alternative tradisjoner: Utilitarisme, deontologi og prinsippetikk. De to første fordi de er de mest utbredte etisk normative systemene i tillegg til dydsetikken (Pedersen og Nortvedt, 2017, s.24) og den siste fordi det er det mest utbredte etiske systemet i helsevesenet (Pedersen og Nortvedt, 2017, s.29).

For det første er dydsetikken mer introspektiv enn de andre sentrale moralske tradisjonene. I motsetning til prinsippetikk, deontologi og utilitarisme tar dydsetikken utgangspunkt i at hva jeg bør gjøre først og fremst handler om hvem *jeg* vil være. Den søker med andre ord å finne svar på etiske problemstillinger med utgangspunkt i individets selvforståelse. Som et resultat er den er også mindre ytre styrt i den forstand at den er mindre prinsippbasert (plikt, maksimering av nytte).

For det andre har kanskje dydsetikken en fordel i og med at den på noen måter er en bedre match med allerede eksisterende psykologiske måter å tenke på. For eksempel når det gjelder Eriksons teorier om individutvikling der tilegnelsen av en dyd kjennetegner en suksessfull overgang fra en fase til en annen (Larsen & Buss, 2008 s.337).

Prinsippetikk, pliktetikk og utilitaristisk etikk kan fort risikere å bli abstraherende og derfor noe mer erfaringsfjernt. Den hjelper oss langt på vei i møte med etiske tankeeksperimenter som trolleyproblemer, som den avgjort kan belyse på en interessant måte. Det er dog sjelden

at den type outrerte etiske dilemma dukker opp i klinisk praksis, og overføringsverdien fra disse kan være tvilsom. Dette støttes av flere studier som antyder at psykoterapeuter ikke blir mer «etisk kompetente» av å anvende prinsippbaserte etiske retningslinjer. Blant annet viser Keith-Spiegel & Kocher, (1986, Sitert i Jordan og Mera, 1990 s.109) at psykoterapeuter som forholder seg til etiske dilemma med samme fakta, samme metodologi og samme prinsipielle utgangspunkt, er lite konsistente når de blir bedt om å finne løsninger: Når de ble spurt, presenterte de ofte sterkt divergerende løsninger på etiske dilemma. Jordan og Mera (1990, s.109) antydte at det var slik fordi prinsippbaserte retningslinjer ikke i tilstrekkelig nok grad hjalp klinikere til å se bort fra subjektive forforståelser og at de derfor ikke evnet å se de moralske hensynene som står på spill klart nok.

Videre kan det hevdes at utilitarisme, prinsippetikk og deontologi er bedre egnet til etiske rammeproblemer enn til etiske problemer som vokser fram *innenfor* rammene. Dydsetikken representerer sånn sett en større grad av fleksibilitet nettopp fordi den er mindre prinsipiell. Med andre ord: De andre tradisjonene er godt egnet til å besvare spørsmål av typen: «bør jeg ha sex med pasienten min?» og «bør jeg bryte taushetsplikten for å forhindre selvmord eller personskaade?» men mindre egnet til å besvare spørsmål av typen: «hvordan skal jeg forholde meg til min egen irritasjon over pasientens hjelpeløshet?» og «Hvordan skal pasienten møte egen skam på en god måte?» Som nevnt er slike spørsmål i aller høyeste grad også etiske. Og i aller høyeste grad relevante for klinikere. Dydsetikken kan med andre ord være mer behjelpelig når man ikke står ovenfor et *demarkasjonsetisk* problem. Mer om det demarkasjonsetiske senere.

Fordeler og ulemper med neoaristotelisk dydsetikk

Den neoaristoteliske dydsetikken møter den tragiske utfordringen på en mindre dårlig måte enn andre dydsetiske systemer.

Den neoaristoteliske dydsetikken som utgangspunkt for en psykoterapeutisk praksis er sannsynligvis bedre enn andre eksisterende dydsetiske tradisjoner. Selv om også den er begrenset fordi den i utgangspunktet synes å streve med å romme det tragiske. For Aristoteles var et dilemma av typen «jeg vil det gode, men ønsker det onde» et utslag av ufornuft og manglende forståelse av det gode (Hoursthouse, 2010, s.108). Som de fleste store antikke etiske tradisjonene syntes derfor Aristoteles å underkjenne hvordan det ofte kan eksistere tragiske konflikter, altså konflikter mellom forskjellige legitime goder (eller onder) der det ikke fins et åpenbart riktig svar. Senere tenkere har imidlertid videreutviklet dydsetikken og

synes å være mer lydhøre mot dette ankepunktet. Hoursthouse (2010, s.74) hevder for eksempel, i motsetning til Aristoteles, at det vil være situasjoner der selv den mest dydige vil være nødt til å handle mindre dydig, og at dette ikke umuliggjør dyd. På den måten blir den neoaristoteliske tradisjonen kanskje mer fleksibel enn de andre dydsetiske tradisjonene med opphav i antikken.

Andre antikke dydsetikker utfordres altså i enda større grad av tragiske problemstillinger. Jeg vil her eksemplifisere med stoisk dydsetikk, men kritikken kan sannsynligvis også ramme Epikureanismen. Selv om stoikerne vektlegger verdien av å utforske det indre sjelsliv (Seneca, sitert i Nussbaum 2009, s.340) og anerkjenner intrapsykisk konflikt (Krysippos, sitert i Nussbaum 2009, s.383) synes de ikke å åpne opp for at det kan finnes sjelskrefter i *legitim* konflikt med hverandre. Indre stridighet synes heller å bli forstått som en konflikt mellom et rasjonelt godt prinsipp i strid med et irrasjonelt og dårlig prinsipp. I et slikt perspektiv blir ikke det tragiske anerkjent som legitimt, men som et uttrykk for at man enda ikke har fått tilstrekkelig innsikt. Denne formen for «hyperrasjonalisme» gjør den sannsynligvis mindre fleksibel og dermed mindre anvendelig i en psykoterapeutisk ramme.

Senere i oppgaven skal vi også se på hvordan den neoaristoteliske etikkens forståelse av praktisk dømmekraft gjør den godt egnet i terapirommet. Med det i mente, vil påstanden min være at neoaristotelisk dydsetikk har to fordeler fremfor de andre dydsetiske tradisjonene (og dermed også fremfor den andre store etiske systemene): dens forsøk på å besvare tragiske dilemma og dens konseptualisering av fronesis. Men det er ikke sikkert at neoaristotelikerne møter det tragiske på en god nok måte til at vi kan lande komfortabelt på den tradisjonen.

Den tragiske utfordringen fordrer at det moralske fundamentet for psykoterapi ikke bare kan hvile på neoaristotelisk dydsetikk

Psykoterapi er en arena der det ikke alltid fins entydige eller gode løsninger og der man ofte må velge mellom det minste av to onder. Og ikke sjelden støter klinikere og pasienter borti problemstillinger der flere legitime behov eller hensyn står i konflikt med hverandre. For eksempel: skal man velge å handle i tråd med dyden *oppriktighet* ved å forsøke å nyansere det bildet presenterer, eller dyden *omsorg* der man viser forståelse for pasientens smerte? Dette er en etisk problemstilling der to rimelige hensyn står på spill.

Selv om nyere versjoner av den aristoteliske dydsetikken anerkjenner tragiske dilemma *per se*, er den fortsatt problematisk i en psykoterapeutisk ramme. Både Annas (2013, s.69) og Hursthouse (2010, s.96) hevder at en virkelig dydig person vil søke det gode uten at det i stor

grad er en indre konflikt og at den som ikke er fristet av det dårlige er mer moralsk høyverdig. For eksempel at en modig person vil ikke føle nevneverdig frykt eller føle så lite frykt at valget om å redde en katt fra et brennende hus ikke fremstår som et vanskelig valg.

Denne posisjonen synes å fremstå som rigid og vanskelig å holde på konsekvent i møte med kompleksiteten i levde menneskeliv, fylt av indre konflikt og ambivalens. Hvordan vil en neoaristotelikar for eksempel forholde seg til noen som ikke klarer å bestemme seg for om hen skal gå fra partneren sin? I en psykoterapeutisk ramme bør en slik usikkerhet kunne fortolkes og anerkjennes som et uttrykk for en gyldig indre konflikt. For eksempel kan man se det som et uttrykk for dette individets legitime og rasjonelle behov for frihet og selvråderett i *konflikt* med dets like legitime behov for trygghet, nærhet og intimitet. I psykoterapien er indre konflikt ofte viktig å utforske, bearbeide og akseptere, uten å nødvendigvis løse. Å hevde at noen som både vil, og ikke vil, forlate partneren sin føler konflikt fordi de ikke er tilstrekkelig dydige fremstår som en mindre terapeutisk hensiktsmessig fremgangsmåte.

Dessuten synes et neoaristotelisk syn å implisere at det nærmest alltid fins riktige og gale valg og at menneskers intellekt er godt nok til å skille de fra hverandre. Store livsvalg kan fortone seg som skremmende. Det vil derfor ofte være noe i oss som noen ganger kan bli fristet til å slippe unna - eller forenkle - et komplekst valg. I et slikt perspektiv kan den neoaristoteliske fremgangsmåten bli problematisk fordi vi da kan bli fristet til å enten fatte forhastede beslutninger (og skaper en form for pseudo-trygghet) eller å avstå fra å fatte noen beslutning i det hele tatt (i et pseudo-forsøk på å finne det *riktige* svaret).

Det er altså ikke hevet over enhver tvil at neoaristotelisk dydsetikk, til tross for sin vektlegging av fronesis, kan imøtegå tragiske problemstillinger på en god måte. Men flere neoaristotelikere tar i det minste problemet på alvor. Selv om det moralske grunnlaget for psykoterapi kunne ha hvilt på neoaristotelianismen, så vil det være mest hensiktsmessig å se for seg en form for dydsetikk som i større grad åpner for de konfliktfylte aspektene ved menneskers indre liv, samtidig som det beholder den neoaristoteliske forståelsen av kultivering av praktisk dømmekraft (og andre dyder, men fronesis i særdeleshet). En slik forståelse av det moralske fundamentet for psykoterapi har jeg som sagt valgt å kalle en *fronetisk* form for dydsetikk.

Det fronetiske synet operasjonalisert i en psykoterapeutisk ramme

Den fronetiske formen for dydsetikk kan beskrives i en psykoterapeutisk kontekst på følgende måte: målet for den terapeutiske prosessen blir å fremme en neoaristotelisk forståelse av det

gode liv. Å redusere symptomer på psykisk lidelse må derfor forstås som et middel og ikke et mål i seg selv. Terapien blir en arena der pasient og terapeut reflekterer og intoner seg på emosjonelle, kognitive og moralske mentale prosesser og utforsker hva det gode liv er for pasienten, og hvordan hen kan realisere det gjennom å bruke praktisk dømmekraft for å håndtere de problemene som oppstår i livet. Det gode liv er forstått som kultivering av dydene, og da særskilt den praktiske dømmekraften.

den fronetiske posisjonen vil nødvendigvis også gå lenger i å anerkjenne det tragiske perspektivet. En forståelse av sinnet som åpner for legitime motstridende krefter vil kunne imøtegå vanskeligheten og kompleksiteten i livsvalg og i større grad legitimere opplevelsen av å være forvirret og usikker. På den måten vil man kanskje også redusere risikoen for at mennesker tar valg på basert på pseudo-trygghet. Ved å peke på tilstedeværelsen av gyldige og rasjonelle, men *konfliktfylte* behov, vil det være lettere å akseptere at man noen ganger må velge mellom to onder. Eller to goder. Dermed åpnes det opp for at følelser som anger, angst og fortvilelse i større grad kan rommes, til tross for at man anvender sin praktiske dømmekraft på en forbilledlig måte.

Hvorfor dyden fronesis kan tenkes å stå i en særstilling i psykotераapeutisk arbeid

Å leve livet sitt på en best mulig måte, ved hjelp av den praktisk deliberasjon er det sentrale idyden fronesis (Darwall, 1998, s.211). Ikke bare er praktisk fornuft en forutsetning for å leve godt, men det kan også forstås som at selve deliberasjonen, utøvelsen av fronesis, like mye som resultatet, er å leve godt. I et psykotераapeutisk perspektiv som hviler på et fronetisk grunnsyn vil derfor det å fremme et liv i handling med gode valg styrt av fornuften, stå sentralt. Mange pasienter synes å streve med å være til stede i det som er vanskelig og vil fortst mulig komme til en løsning og vi har allerede sett at å anerkjenne det tragiske kan forebygge pseudo-trygghet. Og ved å sette kultivering av den praktiske dømmekraften som det sentrale hensynet åpner man dessuten opp for å se *det å* streve med problemet som et mål i seg selv. Aksepten av det vonde blir derfor enda mer fundamental. Sånn sett så vil en dydsetikk som både vektlegger praktisk dømmekraft (slik det forstås i neoaristotelisk kontekst) og anerkjenner den tragiske dimensjonen, kunne hjelpe pasienter til å være til stede i det vanskelige på en måte som synes å være ganske unik. Dette vil altså bety at pasient og terapeut sammen forsøker å løse et problem (For eksempel: hvordan skal jeg leve godt med de vanskelige følelsene mine?) samtidig som de anerkjenner at forsøket på å løse dette problemet er målet, like mye som løsningen. Å akseptere de vonde følelsene istedenfor å kjempe mot dem, er en fremgangsmåte som i liten grad er unik hverken i filosofien eller den kliniske

psykologien. Men å se på arbeidet med det vanskelige som ikke bare et middel, men også som et mål i seg selv, synes altså å være mindre utbredt. Dette er en forståelse som vi kan tenke åpner opp for en potensielt dypere og mer grunnleggende aksept for å ha det vanskelig enn andre perspektiver: Å leve godt handler ikke bare om å finne løsninger på problemer, det handler om å ha problemer og forsøke å løse dem.

Det er mange dyder som kan tenkes å være sentrale for det psykoterapeutiske prosjektet. Å beskrive og diskutere dem alle, vil ligge utenfor rammene for denne oppgaven. Jeg har her valgt å gå litt mer inn på fronesis fordi den virker å stå så sentralt i arbeidet med pasienter i psykoterapi. Jeg vil imidlertid antyde noen andre dyder som kan tenkes å spille en stor rolle i psykoterapi, videre utover i teksten.

Det «tekniske» synet som en kontrast til en fronetisk forståelse av psykoterapi

Det man kan kalle et *teknisk* syn på psykoterapi har et smalere fokus på å fremme psykisk helse. I en slik konseptualisering vil psykoterapeutisk praksis være noe som i hovedsak har som formål å behandle et sett med symptomer på psykiske vansker. Pasient og terapeut utforsker kognitive og emosjonelle fenomener, men legger i liten grad vekt på utforskning av moral eller det gode liv eksplisitt. Implisitt blir det gode liv simpelthen forstått som fravær av symptomer på psykisk lidelse. Forståelsene av endringsprosesser er mer «medisinske» i den forstand at man ser for seg at terapeuten administrerer et sett med intervensjoner i løpet av behandlingsprosessen slik at pasienten får færre symptomer. «Teknisk» dyktighet (*techne*, i kontrast til fronesis) blir her den avgjørende faktoren (berg, 2019. s16). Det tekniske synet kan derfor forstås som et terapisynt som langt på vei forsøker å emulere medisinen og legevitenenskapen. Psykoterapeuten blir en slags lege som administrerer «medisin» i form av terapeutiske intervensjoner. Å fundere psykoterapi på noe annet enn vitenskap blir derfor også problematisert. I kontrast til det fronetiske synet forstås livsutfordringer som noe som skal løses slik at man lever bedre, heller enn å finne måter å akseptere det konflikthylte i livet. det er med andre ord lite rom for noen «tragisk rest» i dette synet. Det tekniske perspektivet kan også sies å ha et instrumentelt demarkasjonsfokuseret syn på etikk (mer om dette senere). Denne anskuelsen av psykoterapi synes å være rådende i feltet (Berg, 2019, s.16).

Forholdet mellom teknisk og fronetisk psykoterapi

De to perspektivene trenger ikke sees på som gjensidig utelukkende. Det er heller snakk om forskjellige vektlegginger. I fronetisk terapi så er det derfor ikke slik at man ser bort fra

teknisk kyndighet. Og det er heller ikke slik at det tekniske perspektivet ser bort fra moral, men heller at det forholder seg til den moralske dimensjonen på en annen måte.

Hvorfor det fronetiske synet på terapi bør vektlegges i større grad

Som nevnt kan psykoterapeutisk praksis sies å støte minst like ofte på etiske som på vitenskapelig funderte, «tekniske» problemstillinger. Det er derfor rimelig å konseptualisere psykoterapi som en moralsk fundert, så vel som en vitenskapelig fundert praksis. Da vil også det fronetiske synet være bedre egnet som en psykoterapeutisk grunnposisjon enn det tekniske.

Et eksempel på en problemstilling som både er teknisk og etisk, kan være «Hva bør man gjøre med de vanskelige følelsene?» Tradisjonelt har dette vært spørsmål som har blitt forsøkt besvart innenfor en moralsk ramme. En kan til og med hevde at et slikt spørsmål besvares minst like godt innenfor en slik ramme som en psykologfaglig ramme (merk: *besvares* innebærer ikke nødvendigvis at man gir et konkret råd om hva pasienten bør gjøre).

I et psykologfaglig perspektiv vil et slikt spørsmål kunne imøtekommes ved å peke på hva forskning indikerer er mest nyttig, for eksempel å forsøke å «akseptere» en tristhetfølelse istedenfor «å kjempe mot» den. Selv om besvarelsen ikke gis som en formaning, er det vanskelig å se for seg hvordan en terapeut i løpet av et behandlingsforløp skal kunne unngå å bli normativ (i en moralsk forstand) hvis hen ønsker å formidle noe om verdien av å møte vanskelige følelser med aksept. Med andre ord vil terapeuten i dette eksempelet søke å fremme en praksis fremfor en annen, ut ifra en antakelse om at det er godt fordi det for eksempel reduserer psykisk smerte. I så fall kan man hevde at psykoterapeuten og pasienten jobber ut fra en en moralsk, så vel som psykologfaglig posisjon der de opererer med en implisitt antakelse om at «dyden» *åpenhet* er bedre å kultivere i møte med en vanskelig følelse enn for eksempel «lastene» fornektelse eller unngåelse.

La oss se på noen flere eksempler: Når en kognitiv psykoterapeut spør sin pasient «hvor mange prosent» hen tror på en dømmende, selvkritisk tanke, så kan det også forståes som en moralsk samtale der terapeutenes hensikt er å fremme dyden *tillit* (til sin egen dømmekraft). På samme måte, når en psykoanalytiker velger å komme med en selvavsløring om at hen ble litt sint på pasienten forrige time så kan man med rimelighet hevde at vedkommende forsøker å dyrke frem en relasjon preget av dyden *mot* (til å snakke om det ubehagelige). En eksistensielt orientert behandler som problematiserer pasientens opplevelse av å ikke ha noe valg, er en

praksis hvis formål også kan forstås som å fremme dyden *autentisitet* fremfor lasten selvbedrag.

En teknisk, medisinsk konseptualisering av den psykoterapeutiske prosessen åpner i mindre grad opp for slike perspektiver. Så lenge psykoterapi både er mer redelig og mer effektiv når dens moralske dimensjon anerkjennes i større grad, bør den fronetiske forståelsen ha forrang. Derfor er det problematisk at dette synet i så liten grad gjenspeiles i rådende forståelser av god praksis eller god etisk praksis, i psykoterapifeltet.

Rådende syn på god klinisk praksis samsvarer dårlig med et fronetisk syn på terapi

Det fronetiske synet virker å ha lite gjennomslag i rådende teorier om psykoterapeutisk god praksis. Den amerikanske psykologforeningens (America Psychological Association, 2005) prinsipperklæring om evidensbasert praksis (som Norsk psykologforening også har sluttet seg til) inkorporerer for eksempel ikke den moralske dimensjonen i det hele tatt. I erklæringen heter det blant annet (i den norske oversettelsen): «*Evidensbasert praksis i psykologi (EBPP) er integrasjonen av den beste tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise, i kontekst av pasientens egenskaper, kultur og preferanser.*»

Det er flere interessante aspekter med denne formuleringen. Først og fremst viser sitatet at erklæringen anerkjenner at god praksis må hvile på flere ben enn det rent psykologfaglige. Mindre vitenskapelige faktorer som kulturelle forhold, klinisk skjønn og pasienters preferanser må også vektlegges for at praksisen skal kunne kalles god.

Men en slik operasjonalisering av god praksis kan sies å være mangelfull når det moralske aspektet er fraværende. En kan kanskje tenke at definisjonen indirekte vektlegger viktigheten av moralsk kyndighet i formuleringen om «klinisk ekspertise,» eller klinisk skjønn. Det kan være at dette kan tilsvare en form for fronesis i og med at det åpner for at man noen ganger ikke kan hvile på ren fagkunnskap. Men utover dette, synes forestillingen om hva som er god praksis altså å være uavhengig av den moralske dimensjonen. Den vil nødvendigvis da ikke heller matche så godt med det synet på psykoterapi som forfektes i denne oppgaven. Hva så med det allerede eksisterende etiske regelverket?

Demarkasjonsetiske fallgruver: rådende etiske retningslinjer har begrenset anvendelighet for psykoterapeutisk praksis

Selv om moral kan sies å ha blitt noe stemoderlig behandlet i psykoterapien, har det selvfølgelig lenge eksistert etiske rammeverk for psykoterapeutisk praksis. I Norge er dette i

hovedsak *Etiske prinsipper for nordiske psykologer* (Norske Psykologforening, 1998). Jeg vil nå først si noe generelt om hvilke antakelser om etikk som ligger bakt inn i de norske retningslinjene, og andre rådende utenlandske retningslinjer, for så i neste del, gå inn i dokumentet.

De eksisterende etiske rammeverkene synes å hvile på noen problematiske metaetiske grunnantakelser som i liten grad åpner for den fronetiske dimensjonen av terapi. Tvert imot, er det som om det rådende synet mener at det terapeutiske rommet og det moralske rommet er to distinkte sfærer som bare unntaksvis berører hverandre. Sånn sett passer det bedre inn i det tekniske perspektivet på terapi. Man kan altså hevde at de allerede eksisterende etiske rammeverkene forfekter et syn på moral som *kun relevant i visse sammenhenger*. Nærmere bestemt synes de å antyde at moralsk refleksjon i hovedsak er avgjørende når:

- a) Psykologen skal berede grunnen/tilrettelegge for oppstart av klinisk arbeid.
- b) Når psykologen og pasienten støter borti en etisk grenseoppgang som de må forsere/løse før det kliniske arbeidet kan fortsette.

Det problematiske med et slikt syn på etikkens rolle er at det ganske åpenbart krasjer med den fronetiske antakelsen om at psykoterapeutisk praksis alltid har en moralsk dimensjon. Isteden synes den å antyde at etikkens funksjon i hovedsak er å tegne opp og verne om kliniske grenseoppganger. Så lenge disse er på plass, er etisk refleksjon underordnet, eller sågar irrelevant. Profesjonsetikkens hovedfunksjon blir sånn sett å opptegne etiske demarkasjoner (Berg, 2019, s.). Et slikt syn på etikkens rolle kan derfor kanskje omtales som en form for *demarkasjonsetikk* hvis pretensjoner i hovedsak da vil være å peke på hva som defineres som utenfor og innenfor de etiske rammene som klinikerne jobber under. Dette synet virker å være den mest utbredte måten å reflektere etisk i psykologprofesjonen (se blant andre Jordan & Mera 1990, s. 107). I så måte er det betegnende at *Journal of Clinical Psychology's* temanummer om klinisk etikk (Barnett, 2008, s.569) bare har artikler som kan sies å omhandle demarkasjonsproblemer (tema som: informert samtykke, konfidensialitet og markedsføring av egne tjenester). De har sågar en artikkel med den (i denne sammenheng) avslørende tittelen: «A Practical Approach to *Boundaries* in Psychotherapy: Making Descisions, Bypassing Blunders, and *Mending Fences*» (min utheving).

Et demarkasjonsetisk syn skiller seg derfor fra et syn der man også vektlegger viktigheten av etisk refleksjon *innenfor* rammene. Det demarkasjonsetiske prosjektet risikerer altså å redusere etikkens rolle til et spørsmål om «gjerdededlikehold.»

Det ligger også en tredje interessant og problematisk metaantakelse i det allerede eksisterende demarkasjonsetiske rammeverket, nemlig at etiske utfordringer stort sett kan løses på en tilfredsstillende måte. Noe av det som gjør en slik tenkemåte problematisk, er at det risikerer å bli en form for rett/galt-etikk der det synes å være noen underliggende antakelser om at det skal eksistere en god, rasjonell løsning. En demarkasjonsetikk vil derfor være mindre hensiktsmessig i en praksisform der etiske problemstillinger ofte er tragiske.

Et kritisk blikk på Etiske prinsipper for nordiske psykologer

Jeg vil nå underbygge påstandene jeg kom med i forrige del, gjennom å se nærmere på tekstdokumentet Etiske prinsipper for nordiske psykologer.

Allerede i forordet dukker det opp noen påfallende formuleringer. I første avsnitt heter det: «Gjennom sitt arbeid kommer psykologer iblant opp i spesielle situasjoner som krever vanskelige etiske vurderinger.» Her er det spesielt valget av ordene «iblant» og «spesielle situasjoner» som kan gi inntrykk av en underliggende antakelse om at etiske problemstillinger kun *tidvis* gjør seg gjeldende i klinisk arbeid og at etiske vurderinger er relevante først når klinikere støter på demarkasjoner.

I innledningen står det så:

«Mange av psykologers yrkesmessige relasjoner og arbeidsoppgaver er imidlertid av en slik art at det ikke er mulig å regulere dem gjennom formaliserte regler. Det avgjørende blir derfor den enkelte psykologens etiske bevissthet, ansvarsfølelse og faglige kompetanse.»

Og videre i del II.3:

«Psykologen erkjenner at fagetiske dilemmaer forekommer, og at det er psykologens ansvar å klargjøre slike dilemmaer og rådføre seg med kolleger og/eller den nasjonale foreningen og å informere relevante andre om de kravene som de etiske prinsippene stiller.»

Nok en gang synes disse sitatene å antyde at fagetiske dilemmaer er noe som forekommer en gang iblant. Underforstått synes dokumentet å antyde at klinikerer ikke nødvendigvis trenger å bry seg så om etiske refleksjoner i sin dagligdagse praksis.

I et alternativt fronetisk perspektiv vil man hevde at fagetiske problemstillinger ikke bare er noe som forekommer *en gang iblant* og at veldig mye av den vanlige interaksjonen med

pasienter har en etisk dimensjon der flere relevante hensyn gjør seg gjeldende og ofte er i konflikt.

I del III.1.1 står det:

«Ved enhver beslutningen [sic] om å påta seg eller avvise en oppgave, reflekterer psykologen over mulige etiske dimensjoner. På den måten skapes og nyanseres den nødvendige bevissthet om etiske spørsmål.»

Igjen er det vanskelig å ikke lese denne formuleringen som indikativ for et demarkasjonsetisk grunnsyn. Ikke bare antyder den at det kun i noen tilfeller er etiske dimensjoner i psykologisk arbeid. Den synes også å gi inntrykk av at man kan tilegne seg tilstrekkelig etisk refleksjon i forkant av at man påtar seg en psykologfaglig oppgave. Underforstått: når selve den psykologfaglige oppgaven utføres, er ikke etisk refleksjon like relevant.

I redelighetens navn må det påpekes at viktigheten av kontinuerlig etisk refleksjon understrekes senere:

«Den etiske refleksjon er en prosess som pågår kontinuerlig. Fortløpende etiske refleksjon gjør det mulig å identifisere etiske dilemmaer.» Del III.1.1

Det påpekes riktignok at etisk refleksjon er en kontinuerlig prosess, men det kan heller gi inntrykk av at etisk refleksjon mest kan sidestilles med en form for etisk overvåkenhet slik at man kan identifisere eventuelle etiske problemstillinger som kan dukke opp, mer enn det åpner for å forstå hele den kliniske praksis der den etiske dimensjonen som oftest er til stede i en eller annen form.

At dokumentet i liten grad anerkjenner hvordan etiske dilemma ofte har en tragisk dimensjon, underbygges av blant annet følgende sitat: «Psykologen retter opp eventuelle negative konsekvenser, eller gjenopptar beslutningsprosessen hvis det viser seg at det etiske spørsmålet ikke er løst.» (Del III.1.3)

Dessuten impliserer sitatet også at etisk refleksjon og psykoterapi er to forskjellige aktiviteter noe som ikke er forenelig med tanken om terapissetingen som en situasjon der det etiske er «bakt inn» i konteksten.

Erklæringen anerkjenner på sett og vis at det fins tilfeller der etiske hensyn ikke alltid kan løses:

«Psykologen erkjenner at det alltid vil være en sterk innbyrdes avhengighet mellom de fire grunnleggende prinsippene og at de i gitte situasjoner kan komme i konflikt med hverandre...I en konkret sak vil det kunne innebære at noen prinsipper må prioriteres fremfor andre.» (Del III.1.2)

Betegnelse «i gitte situasjoner» og «i en konkret sak» er allikevel problematiske fordi den ikke anerkjenner at de etiske rammene psykoterapeuter opptrer i, synes å være fylt av tragiske problemstillinger. For eksempel: En pasient forteller at hun strever med dømmende, selvkritiske tanker og psykoterapeuten er usikker på om han skal trøste eller appellere til pasientens fornuft. Dette er et valg som terapeuten gjør basert på en rekke «terapitekniske» relevante hensyn, men det er *også* en etisk problemstilling der terapeuten må velge mellom to legitime prinsipper: Enten å handle i tråd med dyden *autonomi* (retten til å se seg selv som verdiløs) eller dyden *praktisk visdom* (verdien av å stille spørsmål ved automatiske antakelser). Det er verdt å merke seg at uavhengig av om psykologen faktisk identifiserer problemstillingen som en etisk problemstilling eller ikke, så kan man hevde at det like fremt *er* en etisk problemstilling. Gjennom å intervenere på den ene eller den andre måten, handler terapeuten i en etisk dimensjon. Et annet eksempel: En pasient forteller at han strever med dårlig samvittighet fordi han ikke besøker sin gamle mor regelmessig, hvis han skulle gjøre det oftere vil han ikke få nok tid til hverken fritidsaktiviteter eller til å skjøtte sin jobb på en adekvat måte. Han står med andre ord ovenfor flere gjensidig utelukkende legitime hensyn. Selv om psykoterapeuten (forhåpentligvis) avstår fra å foreta en verdivurdering på vegne av pasienten, gjennom for eksempel å råde han til å ta mer ansvar for sin gamle mor, vil behandleren her få et etisk dilemma i fanget som hen må hjelpe pasienten å håndtere. I psykoterapi vil det ikke alltid finnes en god løsning; uansett hvordan man handler oppstår det noen ganger en «moralsk rest».

De Etiske prinsippene for nordiske psykologer er mangelfulle

Å sørge for etisk forsvarlige rammer er selvfølgelig viktig for klinisk arbeid. Til dette formålet er prinsipperklæringen tilsynelatende adekvat. Problemet er da heller ikke en demarkasjonsetisk tenkning som sådan, men at det moralsk relevante reduseres til et spørsmål om hvordan man skal skape og opprettholde tilfredsstillende rammer for praksis. I et fronetisk

perspektiv anerkjenner man at det som foregår når rammene er satt og ivaretatt også har moralske implikasjoner og er også etisk relevant. Det er vanskelig å se hvordan Etske prinsipper for nordiske psykologer åpner for et slikt perspektiv.

En kan på sett og vis hevde at prinsippene åpner for at tragiske perspektiver fins, men man får inntrykk av at de kun oppstår unntaksvis og den er samtidig eksplisitt på at etiske dilemma er til for å *løses*, slik at terapien kan fortsette. I så måte er den muligens også inkonsekvent.

Det vil dessuten være problematisk å anta at et sett med demarkasjonsetiske retningslinjer alene kan beskytte det terapeutiske rommets moralske integritet. Det kan liknes med en statisk barriere-tenkning der man antar at en kan bygge forsvarslinjer for å holde de etiske problemstillingene borte fra terapirommet. Faren er at denne «etiske retningslinjebarrieren» blir en lite fleksibel «Maginot-linje» der moralske problemstillinger krenker terapirommets territorium ad omveier.

Tjeltveit (2004, s153-160) deler opp etiske problemstillinger i terapirommet i fire kategorier: det gode, det vonde, det dydige og det obligatoriske. Han argumenterer for at det er et problematisk overfokus på det obligatoriske (det åpenbare riktige og det åpenbare gale og gråsonene mellom) i klinisk psykologi. Demarkasjonsetikken (det obligatoriske) kan føre til at terapeuter streber mot «det etiske gulvet og ikke mot det etiske taket» (Tjeltveit, 2004, s.158). Terapeuter som streber mot det etiske taket, bør derfor helst gå forbi demarkasjonsetikken.

Fins det også problemer med mer moralsk refleksjon i terapirommet?

Så langt har jeg forsøkt å sannsynliggjøre at moralen er til stede i terapirommet i større grad enn mange behandlere ønsker å erkjenne, og at psykoterapien er godt tjent med å anerkjenne dette. Men moralsk refleksjon i terapirommet har kanskje også noen slagsider.

Et nærliggende ankepunkt mot en mer moralsk tenkemåte generelt er muligens: Hvem er terapeuten til å fortelle pasientene hvordan de bør leve livet sitt? Med hvilken rett kan terapeuten, utover det rent psykologfaglige, hevde at visse livspraksiser er bedre enn andre? En slik kritikk vil nok ramme alle de etiske tradisjonene, men kanskje spesielt dydsetikken som opererer med relativt distinkte definisjoner av det gode liv som også er det beste for de fleste mennesker.

I tillegg til neoaristotelikernes alt nevnte motsvar mot denne kritikken, kan et annet motargument kan være at psykoterapien alltid har fortalt folk hvordan de bør leve livet sitt og at det derfor er bedre å være åpen om det. Dels fordi en kan hevde at all vitenskap er normativ

i den forstand at den er verdistyrt og ideologisk (Godfrey-Smith, 2003, s.99) og at psykologifaget ikke er noe unntak, men også fordi terapeuten som oftest støter borti etiske dilemma i sin dagligdagse praksis. Det vil derfor være uredelig å *kun* forholde seg til disse på et vitenskapelig, teknisk grunnlag. Så derfor: Psykoterapien risikerer å seile under et falskt flagg av verdinøytralitet med mindre den er åpen om at terapi har noen innebakte verdier og antakelser om at visse livspraksiser er bedre enn andre.

God etisk praksis handler dessuten ikke nødvendigvis om å fortelle folk hvordan de bør handle, men like ofte å peke på hvilke etisk relevante hensyn som står på spill. Et slik ideal er også relevant for psykoterapi, der det å peke på en moralsk konflikt som pasienten (eller terapeuten, eller terapeut og pasient sammen) står i, kan tenkes å ha en terapeutisk effekt på samme måte som å klargjøre en intrapsykisk konflikt. Man trenger altså ikke å moralisere for å snakke om moral.

En tredje fare ved etikk i terapirommet er hvis psykoterapien bare blir et redskap for å innstille rådende normer i kulturen. Flere tenkere har pekt på institusjoners og etablerte praksisers potensiale for maktmisbruk (se for eksempel Foucault, 1977, og Rose, 2003, sitert i Berg, 2019, s.13). Men dette er en fare uavhengig av om psykoterapien blir mer moralsk eller ikke. Muligens vil en mer moralsk bevisst psykoterapeutisk praksis være en buffer mot dette da pasienten (og terapeuten) får muligheten til å klargjøre, utforske og kultivere sine egne dyder istedenfor å passivt og delvis ubevisst underkaste seg de rådende moralske forforståelsene i kulturen som sådan. Eksistensielt orienterte psykoterapeuter som Emmy Van Duerzen (2010, s.88) har argumentert overbevisende for dette.

Når det er sagt, så kan også den fronetiske psykoterapien gå lenger enn å hjelpe pasienten til å klargjøre og kultivere sine egne dyder. Kanskje bør den også forsøke å innstille noen dyder i pasienten og i psykoterapeuten? For eksempel kan man anta at få psykoterapeuter, uavhengig om de har en teknisk eller fronetisk forståelse, være uenige i påstanden om at det er bedre å leve et liv der man erkjenner at det bor gode og vonde sider i en selv og andre og at det er bedre å erkjenne disse enn å leve et liv der man forsøker å fjerne all ondskap fra seg og sine omgivelser. Dermed vil de muligens være nødt til å akseptere at de også jobber med å kultivere dyden *aksept*.

Etisk refleksjon i terapirommet har flere potensielle slagsider. Det kan blant annet føre til at pasienter føler seg kritisert og dømt og det er en risiko for at psykologer presser sine moralske forforståelser på pasienten. Men de fleste intervensjoner psykologer bruker i terapirommet har

en hypotetisk slagside. For mange tolkninger kan føre til intellektuell kollusjon og å bruke såkalt «sokratisk» dialog kan føre til at pasienter føler seg latterliggjort, men det er ikke et argument for å slutte å bruke disse intervensjonene. Farene ved å ikke snakke om, eller reflektere rundt den moralske dimensjonen av terapi, er muligens større enn ved å gjøre det.

Oppsummering av argumentene så langt:

Jeg vil påstå at det nå har kommet frem tilstrekkelige argumenter for å hevde at følgende påstander med rimelighet kan føres:

- a) Det vil være både uredelig og mindre hensiktsmessig å underkjenne at det psykoterapeutiske arbeidet som oftest har en moralsk dimensjon (Her må jeg imidlertid presisere: Jeg sier ikke at det *bare* er en moralsk og en psykologfaglig dimensjon, det er for eksempel viktige kulturelle dimensjoner som ofte vil tas med i betraktningen)
- b) Den dydsetiske tradisjonen har noen fordeler fremfor andre normative etikktradisjoner som fundament for psykoterapi
- c) Den neoaristoteliske tradisjonen har noen fordeler fremfor andre dydsetiske tradisjoner fordi den forsøker å problematisere den tragiske utfordringen, men lykkes ikke i tilstrekkelig grad.
- d) Psykoterapien er derfor bedre tjent med å hvile på en fronetisk dydsetikk som ivaretar fokus på kultivering av dyder (der den viktigste er fronesis), men besvarer den tragiske utfordringen mer tilfredsstillende.
- e) Det fronetiske synet på terapi, bør ha forrang over et mer teknisk syn.
- f) De rådende retningslinjene for god evidensbasert praksis og for god etisk praksis er preget av en «demarkasjonsetisk» tankegang som ikke åpner for et fronetisk syn på terapi. De er derfor mangelfulle.
- g) Det vil være bedre hvis terapeuten i tillegg til å tilstrebe et psykologfaglig solid grunnlag for sin praksis også har en kontinuerlig refleksjon om sitt «kliniske moralgrunnlag.»

Psykoterapeutisk praksis bør konseptualiseres som en form for moralsk fronetisk praksis

I psykoterapi er spørsmålet *Hva kan jeg gjøre for å leve godt?* et minst like relevant spørsmål som: *Hva kan jeg gjøre for å redusere/leve med den psykiske smerten.* En psykoterapeutisk praksis som ikke anerkjenner/inkorporerer denne gjensidigheten mellom å legge til rette for

menneskelig blomstring (*eudaimonia*) og å behandle psykisk lidelse, kan fort bli absurd. For eksempel er en effektiv måte å redusere angst på, å slutte å gjøre ting som er vanskelige og krevende. En slik livspraksis vil imidlertid fort oppleves som tom og meningsløs. En teknisk psykoteraeutisk praksis som i hovedsak har som mål å redusere psykisk smerte og som kun anerkjenner etikk som et verktøy for å stake opp demarkasjoner, vil i teorien ikke ha noe problem med å anbefale en slik behandlingsform. Sånn sett står den i fare for å forfekte et reduksjonistisk menneskesyn. Det er sannsynligvis få psykoteraeuter som på ramme alvor vil anbefale en sånn fremgangsmåte. Formodentlig fordi de har noen intuisjoner om at det ikke vil være et godt liv for vedkommende.

Redelighet om det terapeutiske prosjektet vs. Illusjonen av verdinøytralitet

Det er fristende å hevde at psykoteraeien som praksis har to valg: enten å forsøke å bli verdinøytral og strengt vitenskapelig, eller anerkjenne at den er verdifundert og dermed være åpen om at den har et sett med livsanskuelser og moralske fordringer, problemstillinger og pågående diskusjoner bakt inn i seg. Det er som tidligere antydnet gode holdepunkter for å mene at det første hverken er ønskelig eller mulig. Spørsmålet blir da om man skal nøye seg med å peke på og utforske moralske dilemma som dukker opp eller gå lenger. Noen vil si at spørsmålet er overflødig fordi en simpelthen gjennom å praktisere psykoteraei også indirekte forfekter visse livspraksiser på bekostning av andre. Som allerede nevnt er det et poeng at å da ikke gjøre det eksplisitt kan bli uredelig.

Samtidig vil det å tydelig forfekte visse verdier kunne oppleves som lukkende i møte med for eksempel en kulturelt mangfoldig pasientpopulasjon. De fleste psykoteraeuter vil sannsynligvis også ha problemer med å forstå sin rolle som en form for «sekulære misjonær» for visse moralske grunnsyn og ikke bare som verdinøytrale hjelpere. Sånn sett er det et spørsmål om viktigheten av redelighet rundt det terapeutiske prosjektet, målt opp mot viktigheten av å skape illusjonen av et verdinøytralt rom og ikke minst: illusjonen om en verdinøytral, uhildet hjelper. Selv om det kanskje ikke kan bli noe mer enn en illusjon er det muligens en nyttig illusjon. Jeg hevder allikevel at redelighet bør veie tyngre (både av praktiske og prinsipielle hensyn). Selv om det skulle innebære at psykoteraeuter må revurdere sin egen selvforståelse.

Konklusjon

Burns et al (2013, s.7) oppsummerer hva psykoteraeien kan (og bør) aspirere mot, på en konsis måte når de skriver at psykoteraeiens mål må være å «fremelske individers verdighet.»

Det er vanskelig å se hvordan man kan være enig i disse påstandene og samtidig hevde at psykoterapi ikke er en form for moralsk praksis. Det er også vanskelig å se hvordan et slikt syn er forenelig med de rådende konseptualiseringene av god praksis og god etisk praksis. Implikasjonene av denne oppgaven bør derfor være at psykoterapeuter som fagutøvere trenger å endre sin selvforståelse og rolleforståelse så vel som etiske retningslinjer og akseptere et mer frontetisk fundament for sin praksis, eller fortsette med en praksis som muligens er mindre redelig og mindre effektiv.

Litteraturliste:

Annas, J. (2011). *Intelligent Virtue*. Oxford; Oxford University Press

American Psychological Association. (2005). *Policy statement on evidence-based practice in psychology*. Hentet fra <https://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement>

Barnett, J. (2008). The Ethical Practice of Psychotherapy: Easily Within Our Reach. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 64 (5) 569-575

Berg, H. (2019). How does evidence-based practice in psychology work? – As an ethical demarcation, *Philosophical Psychology*, DOI: 10.1080/09515089.2019.1632424

Burns, J. P., Goodman, D. M., Orman, A. J. (2013). Psychotherapy as Moral Encounter: A Crisis of Modern Conscience. *Pastoral Psychology*, 62, 1-12

Darwall, S. (1998) *Philosophical Ethics*. Boulder; Westview Press

Godfrey-Smith, P. (2003). *Theory And Reality: An Introduction to the philosophy of science*. Chicago; The University of Chicago Press

Harris, R. (2013). *ACT -Enkelt og greit: En innføring i aksept- og forpliktelsesterapi*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Hursthouse, R. (2010). *On Virtue Ethics*. Oxford; Oxford University Press

Jordan, A.E., Meara, N. M. (1990). Ethics and the Professional Practice of Psychologists: The Role of Virtues and Principles. *Professional Psychology: Research and Practice* (21) 107-114

Larsen, R. J., Buss, D.M. (2008). *Personality Psychology. Third Edition*. New York; McGraw-Hill

Norsk psykologforening. (1998) *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>

Nussbaum, M. C. (2009). *The Therapy of Desire: Theory and Practice in Hellenistic Ethics*. Princeton; Princeton University Press

Pedersen, R. & Nordtvedt, P. (2017) *Etikk i Psykiske helsetjenester*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS

Rabbås, Ø., Eyolfur, K. E., Fossheim, H., Tuominen, M. (2015). *The Quest for the Good Life: Ancient Philosophers on Happiness*. Oxford; Oxford University Press

Tjeltveit, A. C. (2004). The Good, the Bad, the Obligatory and the Virtuous: The Ethical Context of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 14 (02) 149-162

van Duerzen, E. (2010). *Existential Counselling & Psychotherapy in Practice*. London; SAGE Publications Ltd.

Waring, D. R (2012). The Virtuous Patient: Psychotherapy and the Cultivation of Character. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 19 (1), 25-35

Woolfolk, R. L. (2012). Virtue an Psychotherapy. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 19 (1), 41-43