



PSYKOLOGI

Vol. 57 nr. 10 2020

Ekspressterapi

Aktuelt

«KOMMER JEG TIL Å DØ?»

Psykologer i barnepalliasjon

Fra praksis

Rett til å stemme

Vitenskapelig artikkel

Fornøyd med behandlingen?

Vitenskapelig artikkel

PSY KOL OGI

Vol. 57 **nr. 10** 2020

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams,

katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

Redaksjonssjef og nettrektør Per Olav Solberg,

perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

Fagredaktører Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429,

Vibeke Ottesen, vibeke@psykologtidsskriftet.no, tlf. 48 17 68 21

Journalister Per Halvorsen, per@psykologtidsskriftet.no, tlf. 918 67 706,

Øystein Helmikstøl, oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskoordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus

Astrid Weber, Psykisk helse- og rusklinikken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24.09.2020

Omslagsillustrasjon Hilde Thomsen

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association)

er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat,

Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Kunnskapsbasert praksis

Under overskriften «Vitenskapelighet i psykologien» delte Jon Sletvold i septemberutgaven noen av sine tanker om Psykologtidsskriftets redaksjonelle praksis. Som ny sjefredaktør leste jeg innlegget med interesse. Sletvold poengterer at *databasert forskning og essayistisk argumentasjon bygd på kliniske erfaringer, utfyller hverandre.*

Dette er tanker i helt i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis, som ble vedtatt av sentralstyret i Norsk psykologforening i 2007. Her vektlegges *integreringen* av forskning, pasientens behov og forutsetninger og klinisk ekspertise. Forskning er med andre ord en forutsetning for, men ikke det eneste, bærende elementet i kunnskapsbasert praksis. Ikke minst er pasientens «egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» avgjørende å trekke inn. Noen ganger oppnår vi dette i vårt arbeid med den individuelle pasienten, mens andre ganger trenger pasienten at behandleren går ut av terapirommet og jobber med strukturelle endringer og for mer egnede rammebetingelser for behandlingen.

Bjarne Hansen og Gerd Kvale har lyktes med å få implementert en behandlingsmodell som er tilpasset pasienter med tvangslidelse. The Bergen 4-Day Treatment (B4DT) har høstet anerkjennelse – både i inn- og utland. I saken Ekspresbehandlingspris på side 722 reiser vi spørsmålet om en slik gjennomslagskraft kan gi en slagside for pasienter med andre egenskaper og ønskemål enn flertallet av pasientene som drar nytte av denne behandlingen.

Noen ganger er pasienten ikke fornøyd med behandlingen som er gitt. Kan behandlingen likevel ha vært god? Og er behandlingen god når pasienten er fornøyd, til tross for at symptomene ikke er blitt borte?

Kunnskap om sammenhengen mellom hvor fornøyd pasienter er, og utfall kan bidra til viktige innsikter i brukernes opplevelse av behandlingen. I den vitenskapelige artikkelen Sammenhengen mellom behandlingsfornøydhet og effekt av kognitiv atferdsterapi på side 750 viser Krister W. Fermestad og medarbeidere at denne forbindelsen ikke nødvendigvis er lineær.

Brukermedvirkning fordrer at både behandler og pasient har gode kunnskaper om pasientrettigheter. I denne utgaven publiserer Arnhild Lauveng og Torleif Ruud en undersøkelse (side 740) som avslører at mange klinikkledere ikke er kjent med pasienters *rett* til hjelp til å få tilrettelagt for valgdeltakelse så vel som hjelp til å forberede seg til å delta i valg. Funnene er til ettertanke: Hvis autonomi og medvirkning er et ideal, hvordan følger vi dette opp i vår praksis? ✘



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



Er behandlingen god når pasienten er fornøyd, til tross for at symptomene ikke er blitt borte?

728



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

KROPPSFOKUSERT

Når psykomotorisk terapeut Janina Fisher samtaler med klientene sine, er kroppen majestet.

Aktuelt

734



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

LINDRENDE

Psykologer er på vei inn i barnepalliasjonsfeltet. Men hvordan skal du jobbe med et barn du vet skal dø?

Fra praksis



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

SKAMMENS FUNKSJON

Den gode og den grusomme skammen - ordskiftet fortsetter i debattspaltene våre.

Meninger

Innhold

- 717 **Kunnskapsbasert praksis**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 720 - Verre for psyken å se lidelse enn å ta liv
NÅ | Per Halvorsen
- 722 **Ekspressbehandlingens pris**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 728 **Homo ludens**
Intervju | Ida Holth & Nora Skjerdingsstad
- 734 «Kommer jeg til å dø?»
Fra praksis | Ragnhild Avdem Fretland
- 740 **Hvilken tilrettelegging gjøres for at personer med alvorlige psykososiale funksjonsnedsettelse skal kunne delta ved nasjonale valg?**
Vitenskapelig artikkel | Arnhild Lauveng & Torleif Ruud
- 750 **Sammenhengen mellom behandlingsfornøydhets og effekt av kognitiv atferdsterapi - En randomisert kontrollert studie blant barn med angstdiagnoser**
Vitenskapelig artikkel | Krister W. Fjermestad et al.
- 760 **Sosiale forventninger driver lykkefølelsen**
Oppsummert | Hallgeir Sjøstad
- 763 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Skam nyansert | Aksel Inge Sinding (s. 764)
Debatt: Skammens funksjon (s. 770), Den kontekstuelle modellen (s. 774 & 775), Tilbakemeldings-systemer (s. 776), Diagnostisering (s. 778)
- 781 **INNTRYKK**
Bokanmeldelser: Rett inn på pensumlista (s. 782), Praksisnært om å øke kulturelle ferdigheter (s. 785), Skjønnheten i det ufullendte (s. 787)
- 789 **Annonser**
- 793 **Stillingsannonser**

- Verre for psyken å se lidelse enn å ta liv

Mens han forsket på norske Afghanistan-veteraners psykiske helse, begynte Andreas Espetvedt Nordstrand å tvile på påstanden om at det er naturstridig å ta liv.

TEKST Per Halvorsen

- Som orlogskaptein, ph.d. og psykolog skrev du nylig kronikken «Er det skadelig å ta liv» i Forsvarets forum. Utgangspunktet er norske soldater i utenlandstjeneste. Hva ville du med kronikken?

- Som militærpsykolog og forsker er jeg mye i kontakt med operative miljøer som jevnlig tar liv. Jeg har erfart at det ikke nødvendigvis er det å ta liv i seg selv du tar moralsk skade av, og som gir så store stressbelastninger at du eksempelvis får en posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Sammenlikner vi Afghanistan-veteraner med veteraner fra de fredsbevarende styrkene i Libanon, der oppdraget altså var å *ikke* ta liv, selv om det også kunne forekomme der, viser det seg å være langt mer psykisk uhelse i den siste gruppa enn i den første.

- Hvordan forklarer du det?

- Min hypotese er at det har mye å gjøre med hvordan oppdraget er definert. For de operative styrkene i Afghanistan var det å ta liv en del av hva soldatene måtte forvente. De skulle bekjempe en definert fiende. I Libanon var det annerledes. Oppdraget var å styrke freden. Soldatene der hadde bare lov til å handle i selvforsvar. Det var uklare grenseoppganger mellom når de kunne handle, og når de ikke kunne det. Dermed ble handlingsrommet til den enkelte soldat privatisert. Styrkene i Afghanistan hadde trent på mange scenarioer og hadde lov til å drepe. Engasjementsreglene i Afghanistan var altså langt tydeligere enn i Libanon.

- «Engasjementsreglene»?

- Regler som sier noe om når militær makt kan anvendes, og hvilken type og grad av makt som

Hvorfor NÅ?

- I en kronikk i Forsvarets forum postulerer militærpsykolog Andreas Espetvedt Nordstrand at det ikke er så skadelig å drepe som vi tidligere har antatt.
- Som forsker og psykolog ved Forsvarets Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS) studerer han den psykiske helsen til veteraner som har deltatt i utenlandsoperasjoner.
- I oktober starter IMPS en ny omfattende kartlegging av norske krigsveteraners psykiske helse.

kan tas i bruk i ulike situasjoner. For eksempel regler for når det er lov til å skyte noen. En engasjementsregel som Norge har til felles med de fleste vestlige land, er forbudet mot å drepe krigsfanger.

- Hvorfor har det festet seg en holdning om at det er naturstridig å drepe?

- Dave Grossmans bok *On Killing: The Psychological Cost of Learning to Kill in War and Society*, har hatt stor innflytelse. Boka baserer seg blant annet på studier av soldater som deltok i andre verdenskrig, og viser at flestparten av soldatene aldri fyrte av våpnene. Det har vært tolket som iboende motstand mot å drepe og at det å gjøre det kan ha betydelige konsekvenser for psyken. Etter selv å ha vært på utenlandsoppdrag ni ganger, og etter å ha studert norske soldaters mentale helse, mener jeg det ikke er fullt så enkelt. Det er ikke nødvendigvis det å ta liv som er i strid med den menneskelige natur og dermed mest traumatiserende. Det kan være verre å se folk lide, for eksempel å observere handlinger som bryter med egen moralsk overbevisning, eksempelvis at barn bli skadet eller drept.

- Hvorfor tror du det er slik?

- Å delta i kamphandlinger er noe alle soldater øver mye på, og Forsvaret har blitt flinkere til å snakke om at det kan innebære å ta liv. Det er vanskeligere å «trene» på å få verdens grusomhet og nød tett innpå seg. Slike opplevelser kan føre til at grunnleggende antagelser om verden, andre mennesker og oss selv blir knust. Noen

kan miste troen på menneskeheten; få et fatalistisk forhold til verden. Dette er uheldig for den psykiske helsen.

– Hvorfor er dette viktig kunnskap?

– Er motstanden mot å ta liv biologisk betinget, vil det være mer krevende å forberede soldatene på oppdraget og forebygge traumatiserende belastninger. Hvis sosiale variabler spiller en viktigere rolle, kan vi iverksette tiltak for å lette belastningen etter endt tjeneste. En undersøkelse fra 2016 viste at 15 prosent av Libanon-veteranene hadde psykiske helseplager 30 år etter at de hadde deltatt på oppdrag. I 2012 skåret Afghanistan-veteranene på linje med normalbefolkningen, med en forekomst av psykiske lidelser på 5–6 prosent. Men det er viktig å tilføye at de som plukkes ut til oppdrag i Afghanistan, er screenet for pretraumatiske risikofaktorer. Det var ikke deltakerne i Unifil-styrken i samme grad. Krig er uansett ikke helsebringende. Potensialet for psykiske helseproblemer er absolutt til stede. Vi bør derfor gjøre det vi kan for å forebygge.

– Hva er det viktigste vi kan gjøre?

– De som vedtar at Norge skal delta i krigsoperasjoner, må ikke underkommunisere hva det faktisk kan innebære. Blir ansvaret for å ta liv privatisert, kan det være kritisk for opplevelsen av om du har kollektiv støtte. Det har igjen konsekvenser for potensielle senvirkninger. Gruppespsykologiske mekanismer slår inn. Vi må ikke la soldatene sitte igjen med følelsen av at de som enkeltindivider har begått normbrudd hvis de har takket ja til å delta i militære oppdrag utenlands og deltakelsen er et resultat av kollektivets beslutninger.

– Men vi kan ikke nekte politikere å ha åpne diskusjoner om hvorvidt et norsk militært engasjement i utlandet er legitimt?

– Nei, men debatten må ikke gjennomføres på en måte som gjør spørsmålet om for eller imot krigføring til et moralsk anliggende hos den enkelte soldat som er sendt ut i oppdrag. Belastningen av å ta liv har antageligvis først og fremst å gjøre med hvordan andre vurderer hva vi har gjort, og omstendighetene rundt.

– Krigshistorien og Nürnbergprosessen etter andre verdenskrig har lært oss om hvor galt



KOLLEKTIVT ANSVAR De som vedtar at Norge skal delta i krigsoperasjoner, må ikke underkommunisere hva det faktisk kan innebære, mener militærpsykolog Andreas Espetvedt Nordstrand. Foto: forsvarret

det kan gå om vi går for langt i å frata enkeltindivider det personlige ansvaret for egne handlinger?

– Ingen kan fraskrive seg sitt personlige ansvar for å begå illegitime handlinger. Det er ikke lov å delta i illegitime handlinger selv om det er en overordnet som gir ordre om det. Å skille det ene fra det andre er det vi har engasjementsreglene til. Dette er regler som alle plikter å sette seg inn i, og som vi øver mye på. Har flertallet av våre folkevalgte vedtatt at vi skal delta i operasjoner som også innebærer skarpe oppdrag, er det ingen illegitim handling.

– Nå i oktober går dere i gang med en ny kartlegging av norske veteraners psykiske helse. Alle som har vært i tjeneste i utlandet, cirka 10 000 i tallet, er inkludert. Hva regner dere med å finne?

– Det er viktig å vite hvordan det går med veteranene over tid. I 2012 stod det ganske bra til. Er situasjonen den samme, eller vil vi se eksempler på såkalt forsinket traumereaksjon (*delayed onset*)? Her får vi jo gode longitudinelle data, som også kan si noe om kausalitet og stressorer som ligger til grunn for psykiske vansker. Dette er data vi kan bruke både til å forberede soldatene før de reiser ut, og til å yte hjelp når tjenesten er over. ✘



FÅTT FART Gerd Kvale og Bjarne Hansen (bildet) har utviklet et firedagers behandlingsprogram for angstlidelser, som har fått stor oppmerksomhet og stort gjennomslag nasjonalt og internasjonalt. Helsedirektoratet mener imidlertid at det ordinære behandlingstilbudet med 16-20 timer har tilsvarende behandlingsresultater som B4DT. Foto: Paul S. Amundsen

Ekspress- behandlingsens pris

Ekspressbehandling mot angst og tvang er et eksempel på vår tids patologi, mener psykologspesialist. Firedagersmodellen er ingen «kvikk fik», svarer psykologiprofessor Bjarne Hansen.

TEKST Øystein Helmikstøl

– **N**år det gjelder firedagerskuren, hjelper det sikkert for mange å riste i tvangsmekanismene. Men samtidig er jo denne racerbilterapien det fremste eksempelet på det sosiologen Hartmut Rosa kaller vår tids patologi, nemlig den akselererte virkeligheten.

Det sier Per Are Løkke til Psykologtidsskriftet. Han er psykologspesialist i barne- og ungdomspsykologi og arbeider som privatpraktiserende psykolog.

«NY BEHANDLINGSMETODE»

«Bli kvitt angsten på fire dager», lovet psykologiprofessorene Gerd Kvale og Bjarne Hansen og førsteamanuensis og psykolog Audun Havnen da de i Bergens Tidende reklamerte for «en ny behandlingsmetode» i 2014. Det var to år etter oppstarten av The Bergen 4-Day Treatment, B4DT.

B4DT er ifølge Helse Bergen «ein konsentrert eksponeringsbasert behandling for tvangsliding (Obsessive Compulsive Disorder, OCD) og alvorlege angstlidningar.» Det er psykologene og professorene Gerd Kvale og Bjarne Hansen som har utviklet behandlingsprogrammet, som lar pasienter bli kvitt tvangslidelse i løpet av fire dager.

Ved langtidsoppfølging er nesten 70 prosent av deltakerne uten en angstlidelse, fortalte Kvale og Hansen til Psykologtidsskriftet for et par år siden.

«Men hva med resten? Hva sitter den siste tredjedelen igjen med?»

En behandling som er svært effektiv for mange, kan likevel gjøre vondt verre for noen. Problemstillingen ble reist i septemberutgaven av Psykologtidsskriftet av Per Thorvaldsen, førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet. Han oppsøkte behandling for bipolar depresjon med komorbid angst og tvangslidelse. Thorvaldsen ble ikke gitt behandling etter B4DT, men mener han ble feilbehandlet med eksponeringsterapi ved et DPS. DPS-et har ikke ønsket å kommentere kritikken.

NY FORSKNING PÅ VEI

Det er ifølge Bjarne Hansen nå over 40 klinikker, både DPS-er og BUP-er, som har rullet ut B4DT eller er i gang med dette. Ifølge Helse direktoratet var det 66 DPS-er i Norge i 2019.

Helse Bergen forteller om stor interesse for modellen, både nasjonalt og internasjonalt. Forskningsresultater fra USA og Sverige er nå

på vei til å bli publisert, opplyser Bjarne Hansen til Psykologtidsskriftet, og tallene ser bra ut, røper han.

«REVOLUSJONERENDE»

I fjor fikk de 111 millioner kroner til å opprette et eget forskningscenter for metoden. En feststemt helseminister Bent Høie (H) har kalt behandlingsmetoden for «revolusjonerende».

Magasinet Time rangerer Bjarne Hansen og Gerd Kvale blant verdens viktigste personer i helsefeltet. Hansen selv forteller at han er delt når det gjelder hva han synes om å være med på slike kåringer, og få tildelt priser.

– Det er kjempekult å bli kåret av Time Magazine til å være viktig, og få priser for det vi holder på med. Men jeg skal love deg at det har en bakside også. Jeg kjenner noen ganger på at det nesten hadde vært litt bedre å slippe. Det kan skape en type forventning eller tro på at man da mener at det man selv har, er bedre enn det andre har, og at man kun jobber med å spre det man selv sitter på.

Hansen understreker at han gjerne vil spre andre forskeres forslag og støtte opp under dem – om det skulle vise seg å være grunn til å teste dem ut.

– Hvis det gjør at disse menneskene som sliter der ute, får det bedre, så skal jeg juble.

NY TREND

Bjarne Hansen opplyser til Psykologtidsskriftet at de i 2021 forventer å behandle 2000 pasienter. Han mener det er en generell trend som peker mot kortere behandlingsforløp. Det er etter Hansens mening på høy tid.

Patrick A. Vogel er professor emeritus ved Institutt for psykologi ved NTNU, og han forsker på behandlinger av angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser. Det er absolutt grunn til å tenke nytt om flere typer psykiske lidelser, sa Vogel til Forskning.no tidligere i år, men påpekte også at det fortsatt vil være noen som har behov for en lengre behandling.

Per Are Løkke sier til Psykologtidsskriftet at han synes «det er interessant at store deler av psykologien utvikler seg i en retning som kalles dekontekstualisering».

»

Firedagersbehandling

- The Bergen 4-Day Treatment (B4DT) er et intensivt behandlingsprogram på 22 timer for tvangslidelser, utviklet av psykologiprofessor og psykologspesialist Gerd Kvale og psykologspesialist og psykologiprofessor Bjarne Hansen ved Helse Bergen og Universitetet i Bergen.
- Kvale og Hansen fortalte om behandlingsprogrammet i Psykologtidsskriftet i 2018.
- Mer enn 40 klinikker i Norge har nå rullet ut B4DT eller er i gang med dette, selv om det ifølge Helsedirektoratet ikke er krav om at alle klinikker/helseforetak må tilby dette formatet.
- Helsedirektoratet mener at det ordinære behandlingstilbudet med 16–20 timer har tilsvarende behandlingsresultater som B4DT, samt at B4DT ikke egner seg for alle pasienter.



NY-PSYKOLOGI Psykologspesialist Per Are Løkke mener ekspressterapier representerer en ny psykologi, der menneskelige problemer forstås ut av den konteksten de har oppstått i. Foto: Fartein Rudjord.

– Symptomene blir da forstått og behandlet uavhengig av kontekster som samfunn, historie, sosiale strukturer, familie, kjønn og individets personlighet. Psykologien holder dermed på å avvikle den komplekse subjektiviteten som Sigmund Freud oppdaget på begynnelsen av forrige århundre.

Vi sitter ifølge Løkke igjen med psykologi uten psyke og en psyke uten et samfunn.

– Mennesket har da bare blitt et teknisk problem der det gjelder å øve, bygge, trene, eksponere eller avlære symptomer.

Løkke synes det er en trist utvikling.

– Ole Jacob Madsen har i sin siste bok påpekt det samme, at metodene som nå sluses inn som livsmestring i skolen, stort sett er program fra den dekonstekstuelle nye psykologien, sier Løkke.

TIDSÅNDEN

Line Joranger har doktorgrad i kultur- og samfunnspsykologi og er førsteamanuensis ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Universitetet i Sørøst-Norge. Hun kommenterer det Per Are Løkke sier, slik:

– Vi lever i en tidsånd der alt som teller og gir mening, er tallbelagt eller konstruert som standardiserte evidensbaserte modeller og metoder. Ekspressterapien er en del av denne tidsånden, mener Joranger.

– Selv om ekspressterapien helt sikkert kan «riste i tvangsmekanismene», slik Per Are Løkke nevner, må de som praktiserer den, også forstå at den tilhører en gren innenfor vitenskapen som representerer en metodisk og teoretisk forforståelse som også kan føre til «metodisk avstand», advarer hun.

Metodisk avstand inntreffer ifølge Joranger når terapeuten og den som trenger hjelp, ikke er på «samme sted», fordi terapeuten bruker forhåndsdefinerte metoder som ikke er tilpasset personen han/hun vil prøve å hjelpe.

– Å «se» et menneske med utgangspunkt i dette menneskets fremtidige potensial, krever både overskridelse og frigjørelse fra standardiserte teorier og metoder. Dagens psykologi synes å ha mistet denne innsikten, det er synd og tankevekkende, sier Joranger.

– PIRKEARBEID

Firedagersmodellen er både i NRK og Dagens Medisin omtalt som «ekspresstbehandling». Selv foretrekker Hansen å kalle det firedagersbehandling. Han forteller at han ofte har unngått å gå inn i teoretiske og ideologiske debatter innenfor fagfeltet.

– Jeg tror ikke det er så konstruktivt. Det blir fort teoretiske eller ideologisk begrunnede innvendinger til firedagersmodellen, og så må jeg

svare at «nei, det stemmer ikke». Og det var det, liksom. Konfliktfokus er ikke konstruktivt når det kommer til det å kunne endre tjenesten slik at flere får bedre behandling, og at vi får brukt ressursene bedre, sier Hansen, som foreslår at Psykologtidsskriftet tar initiativ til en paneldebatt om organisering og kvalitetssikring av psykisk helsetjenestene.

Hansen ønsker imidlertid nå å svare på Per Are Løkkes innvendinger mot det Løkke omtaler som «racerbilterapi». Han tror de snakker forbi hverandre.

– Firedagersbehandlingen er pirkearbeid, det er fikling, og det handler om å klare å finne frem til disse menneskene som lever i et helvete, og finne ut av hvem de egentlig er. Og klare å trene og hjelpe dem til å finne ut hva de ønsker, og finne ut hva som hindrer dem fra å være den de er. Det har ingenting med å kaste dem ut i en eksponering, det handler ikke om kvikk fiks, det er ingen racerbilterapi, sier Hansen.

Han forteller at de sitter to hele dager sammen med pasientene, til sammen 22 timer på fire dager. En som vasker seg seks timer om dagen, kan få disse spørsmålene: «Hva er det dette betyr for deg? Hvordan kan vi klare å gjenkjenne og bryte mønsteret?»

– Vi trenger som profesjon å møtes og snakke om de tingene sånn at folk forstår at vi er opptatt av det samme. Jeg nekter å tro at Løkke ikke er opptatt av at mennesker skal slippe disse grusomme symptomene.

Hansen er seksjonsleder for to seksjoner i Helse Bergen, i tillegg til at han er professor ved Universitetet i Bergen. Han misliker intenst at en av seksjonene han leder, heter Klinikk for firedagersbehandling.

– Å organisere og navngi en avdeling ut fra en behandlingsmetode eller et format, har veldig mange ulemper ved seg. Jeg har lenge vært opptatt av å ikke lage firedagersteam, men gode fagmiljø som kan ta hele bredden av utfordringen som kommer med det å for eksempel ha OCD eller angstlidelser. Jeg vil mye heller etablere et OCD-team eller et angstteam enn et firedagersteam.

- EN VOLDSOM SALVE

Helge Holgersen er førsteamanuensis på Institutt for klinisk psykologi ved Det psykologiske fakultet i Bergen. Han reagerer slik på Per Are Løkkes kritikk av firedagersmodellen i Bergen:

– Det var en voldsom salve.

Holgersen sier han har lest Ole Jacob Madsens siste bok, men mener B4DT er noe helt annet enn det Madsen skriver om.

– Hvis tvangstankene dine eller angsten din har gjort deg handikappet i flere år, og du blir kvitt problemene dine på fire dager, er det komplett likegyldig om Løkke kaller det dekontekstualisert. Skal vi la pasienter gå med lidelsene i årevis? Eksponeringsterapi virker, det har vi hatt evidens for i 50 år. Det er ingen motsetning mellom «rask» kur og det å samtidig forstå pasientens lidelser i en samfunnsmessig kontekst. Personer med alvorlige tvangslider har det vondt, og de klarer ofte ikke å bidra i samfunnet slik de skulle ønske.

Holgersen er enig med Løkke i at symptomer må ses i kontekst.

– Men han gjør en kategorifeil. Han insinuerer at pasientene ikke *egentlig* blir friske, de har visstnok ifølge Løkke bare fått ristet litt i tvangsmekanismene. Løkke tror ikke at det har skjedd en ekte endring. Det synes jeg vitner om liten forståelse for den smerte det er å ha en slik tilstand og den glede og livsutfoldelse som kommer ved at den bedres. Om jeg selv led av en slik tilstand, ville jeg prøvd denne tilnærmingen og rett og slett stilt meg fullstendig likegyldig til Løkkes påstand om at min subjektivitet ikke skulle bli håndtert komplekst nok. Dessuten «oppdaget» neppe Freud den komplekse »



TIDSÅNDEN Førsteamanuensis Line Joranger ser ekspressterapier som en del av tidsånden: – Vi lever i en tid der alt som teller og gir mening, er tallbelagt eller konstruert som standardiserte evidensbaserte modeller og metoder, sier hun. Foto: Tomas Moss/lcu.no



LIKEGYLDIG – Hvis tvangstankene dine eller angsten din har gjort deg handikappet i flere år, og du blir kvitt problemene dine på fire dager, er det komplett likegyldig om Løkke kaller det dekontekstualisert. Skal vi la pasienter gå med lidelsene i årevis? spør førsteamanuensis Helge Holgersen. Foto: Arkiv

– Det blir fort teoretiske eller ideologisk begrunnede innvendinger til firedagersmodellen, og så må jeg svare at «nei, det stemmer ikke»

Bjarne Hansen, professor i psykologi

subjektiviteten. Det er mye flott å si om Freud, men det finnes jo en rekke historiske kulturuttrykk som tyder på at den har vært kjent i tusener av år.

70 prosent av pasientene som får firedagersbehandlingen, blir bedre. Holgersen påpeker at det er et høyt tall.

– Psykologer tror ofte at det vi driver med, har stor effekt, men sånn er det jo ikke. 70 prosent er høyt til å være behandling, andre terapimodeller ligger på mellom 40 og 60 prosent.

Holgersen understreker at det alltid vil være pasienter som ikke responderer på behandlingen.

– Kanskje de trenger noe helt annet, ikke mer av det samme.

ADVARER

Kartleggingsverktøy underveis er ifølge Holgersen en nøkkel i en slik behandlingsmodell, og han kommer med noen advarsler:

– Folk bak B4DT må ikke bli for insisterende på sin egen metode. Og de må ha gode verktøy for å finne pasienter med komorbide lidelser, for det er en fare for at en insistering på en slik intensiv behandling kan være skadelig for noen i denne gruppen. Men mitt inntrykk er at Kvale og Hansen har utviklet gode verktøy for dette, sier Holgersen.

Problemet ifølge Holgersen blir hvis helsepolitikere går inn for at firedagersmodellen bør bli standard for all behandling i psykisk helsevern.

– Vi trenger et mangfold av metoder og tilnærminger for å sikre pasienter valgfrihet ut fra sine preferanser og responser på behandling, men da selvsagt tilnærminger som er forskningsmessig utprøvd. Det er hevet over tvil at B4DT er en slik metode, sier Holgersen.

Bjarne Hansen er enig i det Holgersen sier, med ett unntak:

– Det helsepolitiske poenget hans fører fort til en stråmannsdiskusjon. Jeg kjenner ingen yrkesgruppe som ønsker at firedagersmodellen skal bli modellen for hele psykisk helsevern.

HELSEDIREKTORATETS SYN

I 2014 skrev Hansen og kolleger dette:

«Faktisk finnes det ikke forskning som viser at det er lurt å ha samtaler om angsten en gang i uken eller annenhver uke for å få optimal effekt – snarere tvert imot.»

Dette ser ut til å stå i kontrast til Helsedirektoratets syn.

Det er ikke krav om at alle klinikker eller helseforetak spesifikt skal tilby B4DT, opplyser Helsedirektoratet til Psykologtidsskriftet. Anbefalingen avgrenser seg til at behandling som gis skal være kunnskapsbasert.

«Det ordinære behandlingstilbudet med 16–20 timer har tilsvarende behandlingsresultater, B4DT egner seg heller ikke for alle pasienter», ifølge Helsedirektoratet.

Hansen er kritisk til evidensgrunnlaget for Helsedirektoratets syn. Han mener det er unyansert.

– Mener de at det finnes tilsvarende resultater på symptomskår, det som er frafall underveis, tilbakefall eller langtidsresultater? Man må dele det opp for at det skal gi mening, sier Hansen.

Det finnes imidlertid ingen studier som sammenligner B4DT med aktive kontrollgrupper, altså med annen terapi. Hansen sier at han skulle ønske at det fantes slike sammenligninger, men ikke det å skulle sammenligne hver enkelt variant av eksponeringsterapi mot hverandre.

– Det ville ikke gitt noen faglig mening å sammenligne hver enkelt variant av eksponeringsterapi mot hverandre. Det finnes hundre for-

skjellige varianter av sånne ordinære manualer. Hvilken skal du sammenligne med? spør Hansen retorisk, men legger til:

– Jeg må selvsagt ta innover meg de begrensningene det legger for hva jeg kan si om firedagersbehandlingen.

Psykologtidsskriftet har bedt Helsedirektoratet kommentere Hansens svar, men de har foreløpig ikke har svart.

– *Helsedirektoratet påpeker at B4DT ikke egner seg for alle pasienter. Hvem passer det ikke for?*

– Også dette er en noe uklar formulering fra deres side. Det er på den ene siden *stating the obvious*, for på det tidspunktet vi ikke har hundre prosent effekt, så vet du at det ikke passer for alle. Vi må gjøre det vi kan for å sikre at hver enkelt får den behandlingen som gir høyest sannsynlighet for ønsket resultat. Til tross for omfattende forskning står vi så godt som uten kjennetegn eller kriterier som kan gi en pekepinn på hvem som kommer til å lykkes eller mislykkes med behandlingen. Feltet står altså uten klare kriterier som tilsier at annen behandling gir høyere sannsynlighet for å lykkes enn det vi finner med B4DT. I en nylig publisert studie fant vi at de som tidligere har mislyktes med B4DT eller annen eksponeringsterapi, hadde god sjanse for å lykkes gjennom ny runde med B4DT. Det gir håp for at flere kan få hjelp som hjelper.

– *Hvilke eksklusjonskriterier bør klinikere forholde seg til før de starter behandlingen?*

– Behandleren må for det første forsikre seg om at pasienten virkelig har en tvangslidelse. Inklusjonskriteriet må altså være til stede. Komorbiditet er i all hovedsak ikke et eksklusjonskriterium.

– *Jeg mener å ha lest at ved komorbiditet, særlig med bipolar lidelse eller alvorlig depresjon, da skal du ikke ha eksponeringsterapi?*

– Ja, men det er feil. Forskningen viser tydelig at komorbiditet som hovedregel ikke er til hinder for gjennomføring eller et godt resultat. Men det er en selvfølge at hvis du har en person i en manisk fase, så er det ingen som vil mene at nå er det smart å sette seg ned og skulle sitte rolig eller å planlegge eksponering. Folk er jo ikke i stand til det. Det er ikke vårt ønske å ekskludere noen, men hvis du har noen som har et pågående alvorlig rusproblem, eller en som er akutt suicidal, må du jobbe med helt andre ting enn det å si at «i dag skal vi drive og ta på skitne gulv». Så lenge det er praktisk mulig å gjennomføre behandlingen, vil de fleste oppnå et godt resultat.

– *B4DT har fått stort gjennomslag. Kan det forsterke en forestilling om at god behandling er kortvarig behandling, og kan det føre til at pasientgrupper som trenger mer langvarig behandling, kan få sine tilbud svekket eller redusert?*

– Jeg deler den bekymringen. Det er en reell risiko for det. Jeg er livredd for troen på et behandlingsformat eller en behandlingsmetode der man organiserer ut fra metoden, og så blir det noe feil med pasientene hvis ikke de passer inn. Det ville være en tragedie hvis pasienter som trenger et mer sammensatt tilbud, ikke får det fordi vi begynner å organisere kun etter metode. Tidligere fikk de fleste langvarig og lite effektiv behandling. Det var dyrt og dumt. Ved å gi kortvarig og effektiv behandling sparer vi både pasienter og samfunn for lidelse og penger. Penger som kan brukes for å sikre at også de som trenger sammensatte og lengre forløp, kan få dette. Dessverre går utviklingen i motsatt retning.

Hansen mener det satses mye på lav terskel til udokumenterte eller lite virksomme tiltak.

– Her er det politikerne som svikter, ved at de viser stor vilje, men lar kjepphester og ideologi overstyre fag og forskning. Vi trenger lav terskel til høy kvalitet.

SKREKKEKSEMPEL

Hansen har et skrekkeeksempel på akkurat det. Innføringen av pakkeforløp i Danmark er ifølge Hansen en katastrofe.

– Man satte all faglighet til side og gjorde administrative og fagpolitiske grep som er hinsides all fornuft og bakenfor alt som går på forskning og dokumentasjon. Man satte sammen interessegrupper som sammen skulle lage pakken, og som definerte innholdet, der alle skulle få sitt, og så får man en eller to timer med en lege og så fire timer med en psykolog og litt med en sykepleier, og sånt. Og så ender man opp med noe som aldri har vist seg å virke i noen systematisk studie, kun av politiske og økonomiske og administrative hensyn. Det er jo vanvidd etter min mening, og fullstendig ufaglig.

KOSTNADER

«... dette er en kostnadseffektiv behandling av krevende angstlidelser», skrev Hansen og kolleger om firedagersbehandlingen i 2014.

– *Er det billigere med B4DT?*

– Det kommer an på hvordan du regner. Hvis du tar hva kostnaden er per pasient som blir frisk, da er det mye som tyder på at det er veldig billig. Du får utnyttet arbeidskraften så du får dobbelt så mye tid ut av behandleren din som er direktekontakt med pasienten. Men hvis vi skulle gjort det så billig som mulig, hadde vi gjort det annerledes.

– *Hvordan hadde dere da gjort det?*

– Det spørsmålet skal du få lov til å stille meg om et år.

– *Kan det være at fagpersoner har vegret seg for å komme med innvendinger mot B4DT og dere som står bak denne modellen, fordi dere har fått en så sterk posisjon og vel har innflytelse over for eksempel forskningsmidler?*

– Jeg har ingen innflytelse på det som går på tildeling av forskningsmidler. I Norge har vi en rekke sterke miljøer og mye god forskning. Jeg forsøker så godt jeg kan å fremsnakke dette og håper min og andre psykologers stemme kan bidra til økt fokus og økte rammer. Utover dette er det lite jeg kan gjøre. B4DT er ingen gullstandard for fremtiden, men forhåpentligvis et lite bidrag på veien mot nye og enda bedre metoder, avslutter Bjarne Hansen. ✘



Homo ludens

– Skam overvinnes gjennom praksis, ikke innsikt, sier Janina Fisher. Hun mener at lek og nysgjerrighet bør spille en større rolle i terapirommet.

TEKST Ida Holth og Nora Skjerdingsstad¹

FOTO Nora Skjerdingsstad

.....

1. Takk til Kjersti Gulliksen for deltakelse i et intervju med Janina Fisher.

« **BETYDNINGEN AV BEHAG** Janina Fisher er en foregangskvinne for sensorimotorisk terapi. Hun fremmer en leken og nysgjerrig tilnærming til terapi.

Oslo Kongressenter, 3. september 2020: Janina Fisher porsjone- rer ut små kliniske munnfuller til forsamlingen. Selv om den digitale koronahverdagen har gjort at vi bare ser Fisher øverst i høyre hjørne av en storskjerm, formidler hun nevrobiologisk tankegods med fysisk-pedagogisk tilstedeværelse.

Fisher er sensomotorisk terapeut. Det betyr at hun lytter til kroppen og dens hemmeligheter. Muskelspenninger, kroppsspråk og -holdninger gir informasjon om klientens tidlige erfaringer med andre. Retningen, som er utviklet av Pat Odgen, har røtter i nevrovitenskap og tilknytningsforskning, og retter seg særlig mot klienter med traume- og dissosiative lidelser. «Hvordan føles det på kroppen?» og «Hva skjer inni kroppen din nå?» er spørsmål hun ofte stiller klientene sine. Vi spør henne:

- *Hva skjer når pasienten sier at det ikke foregår noen ting i kroppen?*
- Vel, jeg responderer med: «Åh, så interessant.»
- *Hvordan føles ingenting som?*
- Ja, nettopp!

Fisher har gjestet Norge en rekke ganger, og Psykologtidsskriftet har møtt henne ved flere anledninger. Denne teksten tar utgangspunkt i flere intervjuer med Fisher i tillegg til foredraget hun nylig holdt i Oslo.

SKAMDEBATT

På Psykologikongressen i Oslo snakket Fisher om skam: hvordan vi kan forstå skammen, og hvordan terapeuter kan møte klienter fastfrosset i skam. Tema sammenfaller med en aktuell debatt i Psykologtidsskriftets egne spalter. I juninummeret undersøkte nemlig Siri Gullestad skammens mange fasetter, fra den sosialt korrigerende skamresponsen rundt et middagsbord der man tar seg selv i å ha snakket litt for mye – til den giftige skammen, den som nuller deg ut. Psykologspesialist Zemir Popovac tok opp skamtråden i et debattinnlegg i augustutgaven, der han kritiserer psykologer for å hegne om «den gode skammen». Det er ingenting godt med skam, skrev Popovac. Ordskriftet forsetter i denne utgaven, »

Janina Fisher

- Psykolog og PhD med særlig interesse for sensorimotorisk terapi og EMDR.
- President i *the New England Society for the Treatment of Trauma and Dissociation*.
- Holder foredrag om det nevrobiologiske grunnlaget for traumer og integrerer somatiske teknikker i tradisjonell psykoterapi.
- Bøker: *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors* (2017) og *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment* (2015), skrevet sammen med Pat Ogden.

med blikk fra en emosjonsfokusert terapeut og fra et utviklingsperspektiv. Men hva er skam i sensorimotorisk terapi?

– Det er en skadebegrensende strategi, understreker Fisher i foredraget sitt.

Barn har lært å skamme seg fordi det har vært den beste måten å klare seg på i et mangelfullt eller skremmende oppvekstmiljø. Skam gjør at man underkaster seg, gjør en usynlig og føyelig, forklarer hun. Skamfølelsen hemmer sinne og handling. Å undervise klienter i skammens en gang adaptive funksjon er noe Fisher finner svært nyttig.

Forestillingene om at en burde skamme seg, er nemlig robuste og vanskelige å endre, erfarer hun. Det hjelper ikke å gi pasienten skryt eller avkle forestillingene om at en burde skamme seg. Skryt og komplimenter renner rett av, og er heller skamforsterkende enn helende.

– For skam trigges ikke bare av handlinger som gjør en flau, skammen kan trigges av positive følelser, av anerkjennelse og av å bli sett og tolerert. Pasienter kan føle skam når de føler glede eller stolthet, skammen kan til og med føles enda mer intens da.

Så er det viktig å huske på at skammen har fungert som et faresignal, legger Fisher til. At den forsetter å aktiveres gjennom implisitte atferdsmønstre, i et kroppslig språk vi ikke har umiddelbar tilgang til: «Skam er en ordløs tilstand.»

– «Vær forsiktig, du kommer til å bli avvist.» Jeg tror vi glemmer dette aspektet ved skammen. På samme måte som angsten er skam en intens, overveldende følelse, og den henger sammen med aktivering i det autonome nervesystemet, som fører til vansker med å tenke klart, og man får et ønske om å gjemme seg eller flykte.

Og lik angsten, fortsetter Fisher, kan skammen smitte. Terapeuter opplever gjerne selv skam når de ikke klarer å hjelpe pasienten. Skam er smittsomt på den måten at terapeuten begynner å føle seg utilstrekkelig.

Men hvordan møter vi da den krevende skammen i terapirommet?

Når Fisher kaller skam *skadebegrensning*, undrer klienten ofte på hva hun mener. Klienten som er fanget i skam, og som til og med skammer seg over egen skam, blir forvirret – dette forvirringsøyeblikket er et viktig klinisk øyeblikk, ifølge den psykomotoriske terapeuten. Det har kommet en sprekke i skammuren til klienten.

Å forstyrre etablerte mønstre hos pasienten på denne måten, mener Fisher er *den* viktigste transterapeutiske faktoren. Fra et sensorimotorisk ståsted må dette gjøres på en tilknytningsbasert og ikke en konfronterende måte, understreker hun.

I tillegg til å forstyrre hjelper det ofte å dele opp skammen, fortsetter Fisher:

– Først ser vi på én side av fjellet, deretter på en annen.

I terapi forsøker hun å gi skammen et nytt språk, et språk om deler.

DELENE SOM ER MEG

Som terapeut for klienter med alvorlige tilknytningstraumer har Fisher vært sentral i å utvikle et psykologisk språk om at mennesket består av *mange selv* – mange deler. I hennes siste bok, *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors* fra 2017, hevder hun at psykisk helsefeltet har vært blinde for at personligheten og identiteten til en person kan være fragmentert og oppdelt: «Terapeuter er sjelden trent opp til å se disse delene, de ser ikke liv-og-død-kampen for å gjenvinne kontroll



KROPPSNÆR På konferansen Emotion Revolution i Bergen i 2018 frontet Janina Fisher en kroppsorientert tilnærming til psykoterapi.

over disse «selvene», som har ulike instinkter og mål», skriver hun (s. 1, vår oversettelse).

Ifølge Janina består vi mennesker av biter og fragmenter knyttet til forskjellige stadier i utviklingen vår. Traumepasienter deler opp seg selv for å overleve, for å gi mening til en kaotisk og vond verden. De dissosierer.

I behandling trenger de å skape et sammenhengende selvbylde – å integrere delene som det i utgangspunktet har vært adaptivt å splitte av. Når pasientene utvikler indre, kjærlige tilknytningsrelasjoner til sine yngre selv, heles de, mener Fisher.

Til Psykologtidsskriftet sier hun:

– Jeg ser for meg det traumatiserte mennesket som en uorganisert og forfalt steinformasjon. Steinene er plassert på en uryddig og lite meningsfull måte. I sensomotorisk psykoterapi hjelper vi pasienten med å sette disse steinbitene sammen igjen, men på en ny måte, som gir mening for klienten.

SPRÅKETS BETYDNING

Fagspråket vårt må reflektere forståelsen av at selvet kan være fragmentert, mener Fisher. Kanskje bidrar bakgrunnen hennes i litteraturstudier til at hun tillegger det psykologiske språket stor betydning.

– Språket vårt kan virke begrensende. Bruken av begrepet «jeg» gjør at vi rommer alt det vi er og har opplevd, i en boks; dette er meg. «Jeg er alt dette.» »

– Terapeuten må fungere som oversetter fra et «jeg-språk» til et språk om deler

- Vi hedrer det lille barnet som brukte skam så kreativt, og det kan klienten ta inn

Terapeuten må fungere som oversetter fra et «jeg-språk» til et språk om deler, mener hun:

- «En del av deg føler seg skamfull», «en del av deg føler at det var hennes feil», «en del av deg selv ønsker å dø». Å gi navn til symptomer som en «del» gjør det enklere å se på for eksempel skammen som 'den delen' og ikke 'meg', understreker Fisher.

- Språket som inkluderer *deler av en selv*, kan skape nødvendig avstand til symptomer og sykdomsbilder, sier hun.

En annen måte å få avstand til intense her-og-nå-opplevelser på er gjennom det Fisher kaller «dual awareness», eller *delt bevissthet*. Begrepet er hentet fra mindfulness-tradisjonen og beskriver det å kunne være samtidig bevisst på flere nivåer. Delt bevissthet innebærer at klienten kan 'heve seg over' heftige bilder, følelser og fysiske reaksjoner som tidlige erfaringer vekker. På den måten kan man gjøre klienten bedre i stand til å skille mellom fortid og her-og-nå, slik at hun etter hvert skjønner at hun mistolker en del fysiske signaler som fare.

- Du må være koblet på følelsene, men du må også være i stand til å observere dem. Du må stå i et *forhold* til dem. Altså må det ikke bare være et vulkanutbrudd av sterke følelser. Når denne vulkanen eksploderer, blir de fleste av oss så overveldet at vi ikke klarer å legge merke til følelsene, forklarer Fisher.

- Når man kommer inn på vonde ting, blir klienten enten veldig sint, eller veldig grepet av sorg, men det løser ikke traumat.

Den klassiske ideen om *katarsis* – renselsen gjennom talekuren kan i verste fall føre til forverring av symptomene, mener Fisher. Det nytter ikke å kun snakke om og aktivere følelsene, uten at det foreligger en *endring* – en oppmykning i de etablerte mønstrene.

I Oslo denne septemberettermiddagen trekker Fisher inn betydningen av delt bevissthet i behandlingen av skam. Terapeuter bør hjelpe klienter med å legge merke til skamreaksjonen mens den utfolder seg.

- Jeg spør: Er det en tanke, en følelse eller en kroppslig erfaring? Og når skammen kommer, kjenner du det i kroppen, i ansiktet, og vil du gjemme deg?

BEHAGET OG LEKEN

Janina Fisher er opptatt av å skape de varme og behagelige følelsene i kroppen. Terapi skal ikke være like ubehagelig som det barnet opplevde som liten. Fishers mantra i terapirømmet oppsummerer hun i akronymet PACE: *playfulness, acceptance, curiosity* og *empathy*.

Hun mener at ethvert selv i «uskadet» form inneholder kvaliteter som nysgjerrighet og kreativitet, mot og selvtillit. Denne ideen er hentet fra Internal Family Systems (IFS), en retning som ble utviklet på 1990-tallet.

- Dersom vi kan akseptere hva det enn er pasienten kommer til oss med, og vi har en nysgjerrig tilnærming til dette, følger empatien etter, sier hun.

- Lekenheten mener jeg også bør spille en større rolle i terapien. Det er lettere å gjøre et vondt og krevende arbeid, som jo terapi er, sammen med noen man har det fint med.

Til Oslo-forsamlingen sier Fisher at lyst- og gledefølelser står i direkte motsetning til skamfølelse. Hun viser til Stephen Porges' polyvagale teori og det han kaller «det sosiale engasjementssystemet». Dette systemet kan dempe skamsystemet:

– Hver gang vi responderer med varme, smil, latter – et varmt blikk, glimt i øynene, hjelper det med å redusere skammen. Klientens evne til å føle seg trygg og velkommen øker. Vi hedrer det lille barnet som brukte skam så kreativt, og det kan klienten ta inn, det kan bli til en aksept av en selv og det lille barnet hun eller han var.

Fra et sensorimotorisk perspektiv ser terapeutene også skam som en proseduralt lært respons. Det vil si at det er en automatisert respons, som å kjøre bil eller stå på ski.

– Vi pleier ikke å bruke så mye tid på prosedural hukommelse i psykologien, men dette er en veldig viktig del av det menneskelige hukommelsessystemet, hevder hun.

– Skam overvinnes gjennom praksis, ikke innsikt. Vi lærer gjennom å øve. Å gjøre noe igjen og igjen.

- HVORFOR BLIR IKKE JEG UTBRENT?

I hele sin karriere har Fisher vært interessert i å nærme seg de mest kompliserte pasientgruppene.

– Suicidalitet, spiseforstyrrelser, avhengighet eller personlighetsforstyrrelser. Jo mer komplisert, jo bedre. I behandlingen av disse pasientene ligger utfordringen i å ha kontroll på sitt eget nervesystem. Det gjelder å holde seg rolig og avslappet, sier Fisher, og fortsetter med å vektlegge betydningen av at vi som terapeuter ikke bør føle at vi har fullstendig ansvar overfor klienten. Vi skal være forpliktet og til stede, men ikke ansvarlige.

– En venn fortalte meg at i Norge sliter terapeutene seg ut og blir utbrente, fordi jobbene er så intense. Jeg tenkte en del på det: *Hvorfor blir ikke jeg utbrent?*

Med 38 års terapeutisk erfaring i ryggen reiser over 80 år gamle Janina Fisher fortsatt rundt i hele verden for å holde foredrag, deltar på kongresser og konferanser.

– *Hvordan forklarer du at du ikke blir sliten?*

– Jeg tror mye handler om at jeg slapper av i kroppen. Helt fra starten av har jeg alltid hatt en veldig avslappet holdning til det som skjer i terapien. Da handlet det mye om at jeg ikke visste hvordan jeg skulle håndtere ting, derfor kunne jeg heller ikke strebe etter noe spesielt – jeg hadde ingen «mål», avslutter Janina Fisher. ✘

TRE OM JANINA FISHER

Den andres trygghet

– «Vår aller viktigste oppgave som terapeuter er å gjøre den andre trygg». Det er kanskje det nyttigste jeg har lært av Janina. Janina lever i tråd med det hun lærer. Etter flere år med henne som foreleser sitter jeg igjen med minnet om hennes tilstedeværende og varme blikk, og opplevelsen av at jeg var verdt hennes tid og oppmerksomhet. Jeg gjør mitt beste for å ta med meg det Janina lærte meg i møte med studentene på profesjonsstudiet i Bergen.

Elisabeth Schanche, førsteamanuensis ved UiB

- Smittende engasjement

– Janina Fisher er en utrolig inspirerende fagperson, med et smittende engasjement. Den terapeutiske holdningen hennes er preget av åpenhet, varme, nysgjerrighet, verdighet og bruk av humor. Hun kombinerer tradisjonell samtaleterapi med søkelys på kroppen som inngangsport. I arbeid med traumer, spiseforstyrrelser og fastlåste kliniske situasjoner opplever jeg gang på gang at forståelsen og tilnærmingen hennes åpner nye handlingsmuligheter.

Margrethe Seeger Halvorsen, psykologspesialist og førsteamanuensis, Psykologisk Institutt, UiO

Fordomsfri

– Noen mennesker setter spor. Janina er et slikt menneske. Hun møter alle mennesker med en utforskende ikke-dømmende holdning. Hun har en ukuelig optimisme på vegne av traumatiserte mennesker og har tilgang til et bredt spekter av intervensjoner. Hennes undervisning og publiseringer har truffet klinikere i et behov for å forstå kroppslige reaksjoner på fare. Tilnærming er hjelpsom både alene og som et supplement til andre metoder.

Ingunn Holbæk, psykologspesialist ved Traumeklinikken på Modum bad

«Kommer jeg til å dø?»

Hvordan skal jeg jobbe med et barn jeg vet skal dø?

TEKST Ragnhild Avdem Fretland, psykolog ved Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus (S-BUP), Oslo universitetssykehus, og Palliativt team barn og unge (PALBU), Helse Sør-Øst

KONTAKT
rafret@ous-hf.no

Nora (8)¹ har en nyoppdaget hjernesvulst. Ingen kurativ behandling tilgjengelig, gjennomsnittlig levetid er 9–12 måneder. Bor med mor, far og to brødre. Store krisereaksjoner hos foreldre. Jenta vil ikke høre snakk om sykdommen, fremstår nedstemt. Familien trenger psykologisk bistand.

Henvisningen ligger på pulten. Hvordan kan jeg bli nyttig i møtet med Nora og hennes familie? Hva kan jeg si til foreldre som står i det verste? Og hvordan skal jeg jobbe med et barn jeg vet skal dø?

PSYKOLOGENE SKAL INN

Omkring 3500 norske barn og unge har årlig behov for palliativ behandling. I 2016 kom den første nasjonale retningslinjen for feltet, og den slo fast at de mest alvorlig syke barn og unge i Norge ikke møter tverrfaglig spesialkompetanse som sikrer dem et likeverdig tilbud. Retningslinjen anbefaler at *alle* barne- og ungdomsavdelinger på norske sykehus oppretter barnepalliative team bestående minimum av lege, sykepleier, psykolog og sosionom. De nærmeste årene blir

.....

1. Pasienthistorien er anonymisert, og familien til «Nora» har samtykket til publisering.

det derfor økt behov for psykologer i dette feltet. Psykologens rolle i barnepalliasjon er imidlertid i liten grad beskrevet, også internasjonalt (Muriel, Wolfe & Block, 2016). Jeg vil derfor gi et blikk inn i hvordan min arbeidshverdag ved S-BUP på Rikshospitalet kan være, med mål om at flere psykologer tenker at de vil – og kan – hjelpe disse familiene. Den røde tråden i arbeidet mitt er å forsøke å være en trygg grunn når alt annet raser, holde leken og kreativiteten høyt, og våge å snakke om de aller vanskeligste tingene.

DIAGNOSETIDSPUNKTET

Den første tiden, der livet som man kjenner det, blir snudd på hodet, er spesielt sårbar for familien. Hvis foreldre opplever seg dårlig ivaretatt av sykehuset i starten av et slikt forløp, kan det skade tilliten til dem som skal hjelpe dem i lang tid framover (Levetown, Meyer & Gray, 2011). Jeg ønsker derfor å få møte familien så tidlig som mulig, og blir også gjerne med i viktige informasjonssamtaler hvis det lar seg gjøre. Stein og medarbeidere (2019) gir gode råd til hva foreldre trenger i slike diagno-



sesamtaler: ærlighet, empati, klart språk, tid til å stille spørsmål og skriftlig informasjon. Der barnet eller ungdommen selv er med, blir en viktig jobb for meg å sørge for at informasjonen kommer tilpasset og i passende mengder.

Spørsmålet om prognose er ofte et av de aller første som melder seg. Man kan få følelsen av å ta fra familien alt håp ved å gi spesifikk informasjon tidlig i sykdomsforløpet. Men hvis det finnes nøyaktig prognostisk informasjon, ser det ut til at deling av denne faktisk øker familiens ro og tillit til helsepersonell (Snaman et al., 2019). Det sentrale er måten det formidles på.

I tilfellene der man allerede ved diagnostidspunkt vet at barnet ikke kommer til å nå voksenalder, kan det føles meningsløst å snakke om håp. Likevel ser vi ofte at familien trenger å få lov å håpe på et mirakel, i alle fall i denne første fasen. Så lenge jeg vet at den realistiske informasjonen er gitt og oppfattet, velger jeg da gjerne å anerkjenne dette håpet. Jeg kan si noe sånt som: «Vi håper også at det kommer en behandling for Noras sykdom. Legene vil gjøre alt de kan og følge med på nye, aktuelle medisiner. Uansett skal vi nå passe på at Nora og dere har det så bra som mulig underveis. Så hva er det viktigste for dere, akkurat nå?»

Familiens krisereaksjoner må rommes. Mange synes det er betryggende å få normalisert fysiske reaksjoner som kvalme, skjelving, nummenhet, temperaturendring eller fysisk smerte. De trenger å vite at uvirkelighetsfølelse og endret tidsopplevelse vil bli bedre etter hvert.

For barn og unge er ofte det viktigste å komme seg tilbake til hverdagen så fort som mulig. Det bør ikke tolkes som unngåelse eller fornektning av fakta, men som en sunn reaksjon på dramatisk informasjon. I noen tilfeller kan det likevel være særlig viktig at en psykolog møter barnet for å vurdere hva reaksjonene er



Hvis det finnes nøyaktig prognostisk informasjon, ser det ut til at deling av denne faktisk øker familiens ro og tillit til helsepersonell

et uttrykk for. Er Noras nedstemthet hennes naturlige måte å samle seg på for å ta fatt på neste fase av sykdomsforløpet? Eller har denne nye situasjonen overveldet henne slik at hun trenger hjelp til å finne veien videre?

Nora fortsatte å lukke seg når sykdommen ble tema. I første samtale etablerte jeg derfor bare at vi var sammen fordi hun har fått en farlig kreftklump i hodet som hun må få behandling for. Utover det handlet møtene i starten mest om gode ting: hunden Vaffel, vennene på skolen, og hvor modig hun er i iskaldt badevann på hytta i sommerferien. Etter en ukes tid på sykehuset opplevde foreldrene at hun ble mer seg selv, selv om hun fortsatt bare snudde seg bort hvis de forsøkte å snakke om noe vanskelig.

«LEVE MED»-FASEN

Når den første krisen har lagt seg, går familien inn i en fase som gjerne veksler mellom uvissheit, faser med mer stabilitet og ro, og nye kriser.

Tiltak for barnet

Livstruende syke barn og unge forteller at de ønsker seg bedre hjelp med smertefulle prosedyrer og ubehagelige fysiske symptomer (Namisango et al., 2019; Wolfe et al., 2000). Selv om dette



tradisjonelt er legens og sykepleierens domene, har vi psykologer også mye å bidra med. Psykologisk hjelp med smerter og ubehag er også gunstig for den terapeutiske alliansen med barnet.

Medisinsk symptomlindring kan i noen tilfeller være svært utfordrende på grunn av barnets komplekse helsetilstand. Da er ikke-medisinske tiltak viktige. Eksempelvis er det god klinisk evidens for bruk av hypnoterapi eller nærliggende teknikker i barnepalliasjon (Friedrichsdorf & Kohen, 2018), både ved prosedyreangst og symptomlindring. Her må vi bruke barnets egne ressurser, minner om gode steder, favorittaktiviteter eller fantasier til å lindre eller få en pause fra det plagsomme. Hvis barnet har blitt redd for medisinske prosedyrer, kan vi være med og lage forutsigbare planer og mestringsstrategier.

Noras livsforlengende behandling gjorde at hun stadig måtte ta blodprøver. Hun hadde blitt holdt fast for å få tatt blodprøver i tiden før diagnosen, og nå gruet hun seg i flere dager før hun skulle stikkes. Sammen fant vi ut at det egentlig ikke var selve stikket Nora var redd for, men det å se blodet. For å skape mer kontroll i situasjonen laget vi en kort oppskrift på hvordan blodprøvene skulle tas. Noras jobb var å sitte på fanget til pappa, holde armen rolig og konsentrere seg om den selvvalgte avledningen: en veiledet fantasireise i Godteriland, der hun valgte ut godteri som gav superkrefter. Pappas jobb var å passe på at bedøvelsesplaster alltid ble satt på i tide. Psykologens jobb var å bli med Nora til Godteriland i fantasien. Sykepleierens jobb var å ta blodprøven kjapt og greit, og si «1–2–3–ferdig» under selve stikkingen.

Etter kort tid overtok pappa jobben med å introdusere Godteriland, og snart gjorde Nora jobben uten avledning.

Forståelse av døden

Barns forståelse av døden avhenger av personlige faktorer, men noe kommer også naturlig med utviklingstrinnene (Stein et al., 2019). I 5–6-årsalderen begynner barn å forstå at døden er *irreversibel*; at de døde ikke kommer tilbake. Etter hvert skjønner de også at den er *universell*, at alle levende ting skal dø, inkludert dem selv og dem de er glad i. De innser det *ikke-funksjonelle* ved døden, at den døde faktisk ikke kan puste, snakke eller spise, og får etter hvert også en realistisk oppfatning av *årsaker* til død. Ved 9–10-årsalder har de fleste barn utviklet en relativt moden forståelsesmodell av hva døden innebærer.

Selv om temaet døden får en mer alvorlig innramming i samtaler med livstruende syke barn, kan de ha stor glede av å utforske ulike måter å tenke rundt døden på, og gjerne med humor og fantasi. Gjennom terapeutisk lek kan barn nærme seg sykdommen på en ufarlig måte, og slik kan vi få unike innblikk i deres forståelse av egen situasjon. I en sykdomsverden som styres av mange alvorlige voksenansikter, kan leken være en arena der barnet opplever kontroll og mestring (Brown & Sourkes, 2006). Metaforiske historier, tegninger eller rollespill hjelper barnet til å eksternalisere egen sykdom og død (Reinfjell, Diseth & Vikan, 2007).

Nora lagde seg en bok der hun brukte klistremerker med de ulike følelsene fra *Innsiden* ut-filmen for å uttrykke hvordan hun hadde det. I denne «følelsesdagboka» kunne helt vanlige opplevelser gå hånd i hånd med store tema. På den første siden klistret hun en «Glede» over å ha fått et nytt spill på iPaden, og en «Sinne» over å ikke få være på skolen.

En dag klistret Nora på en «Sorg» og sa: «Jeg tror man kan bli en snill ånd når man er død. Men jeg håper man slipper å se på at mammaen og pappaen gråter.» Med dette åpnet hun opp for å snakke om sin bekymring for foreldrene sine, og om skyldfølelse for å ha blitt syk og slik gjort dem lei seg.

Foreldrearbeid

Foreldrearbeidet er svært viktig i barnepalliasjon. Pasientene er helt avhengige av sine omsorgsgivere, og arbeid med å gjøre foreldrene i stand til å håndtere situasjonen best mulig kan være det mest nyttige man gjør.

Noen foreldre trenger hjelp til å sortere kaotiske tanker og følelser, noen trenger parterapeutiske intervensjoner for å klare å stå sammen i den belastende situasjonen, andre profiterer på å lære avspenningsteknikker for å dempe vedvarende stress og alarmeredskap i kroppen. For noen er begrepet *ventesorg* hjelpsomt; reaksjoner som ligner på sorg etter dødsfall, før døden inntreffer (Alridge & Sourkes, 2012, s. 83). Mange foreldre vil gjerne holde seg fattet når de er sammen med barna sine, og trenger et trygt rom der de kan få validert og rommet sin fortvilelse, sinne og desperasjon.

Ved S-BUP erfarer vi at foreldrene ofte er opp-tatt av hvor mye barnet eller ungdommen skal få vite om situasjonen sin. De vil ha konkrete råd



I 5-6-årsalderen begynner barn å forstå at døden er irreversibel; at de døde ikke kommer tilbake

om hva de skal svare på spørsmål som «Kommer jeg til å dø?». Her blir vi sparringpartnere, slik at foreldre får tenke ut svar og øve på vanskelige samtaler i et trygt rom, uten å bli overveldet av egen frykt og ønske om å beskytte barnet sitt. Foreldre må få vite at barnas fantasier om hva som venter dem, kan være mer skremmende enn sannheten (Brown & Sourkes, 2006).

Hvordan vi svarer, kommer an på hvor sikker prognose barnet eller ungdommen har, og barnets alder, personlighet og utviklingsnivå. Svarene kan variere på et spekter fra det generelle i en usikker prognostisk fase: «For et viktig spørsmål. Ja, vi skal alle dø en dag, og ingen vet helt når. Det er veldig vanlig at barn som har denne sykdommen, lurer på om man skal dø av den. Akkurat nå er det ingen av oss som vet helt ennå. Jeg lover at vi skal si fra når vi vet noe sikkert. Er det noe spesielt du har tenkt på med døden?», til det spesifikke når det går mot en terminalfase: «Nå ser det ut til at du kommer til å dø av denne sykdommen. Jeg er veldig opptatt av at du skal ha det så bra som mulig framover. Hva er aller viktigst for deg hvis det blir slik at du faktisk dør?» Det sentrale er uansett å møte spørsmål av denne typen med ærlighet, varme og ønske om å utforske det videre. Både foreldre og psykolog trenger da sammen å ha tenkt gjennom hva man vil formidle.

Barn og unge har rett til å bli informert om egen helsetilstand, også når livet ikke kan redde. Det er til tider svært utfordrende å balansere familiens behov for håp med behovet for sannferdig informasjon. I situasjoner der man vet at barnet kommer til å dø, og foreldrene kvier seg for å snakke med dem om dette, kan Kreichbergs' studie fra Sverige (2004) være nyttig. Her ble 449 svenske foreldrepar som hadde mistet barnet sitt, spurt om de hadde snakket med barnet sitt om døden, og om de angret på det etterpå. Ingen av de 147 som hadde gjort det, angret. Imidlertid angret en av fire av dem som ikke hadde hatt slike samtaler med barnet sitt.

Noras foreldre hadde en naturvitenskaplig tilnærming til liv og død. De hadde tidligere lært barna sine at døden innebar at hjertet sluttet å slå, man ble gravlagt og ble til jord. I møtet med Noras livstruende sykdom fikk de et stort behov for å tro på noe som gav håp. Samtidig følte det feil å introdusere Gud og engler når de ikke selv var religiøse. De syntes det var helt umulig å snakke om dette temaet hjemme.

I en fellessamtale ble foreldrene enige om hva de valgte å tro på: At kjærligheten til den som dør, aldri tar slutt, og at den som er død, derfor lever videre i tanker, følelser og minner hos dem som lever. Da Nora plutselig en dag, fra baksetet i bilen, spurte mamma hva hun trodde kom til skje hvis hun døde, kunne mamma dele denne tanken om evig liv gjennom kjærlighet. Nora ble da litt stille, før hun nikket, og svarte: «Du må huske å se på bilder av meg på PC-en, hver dag.» Det ble en bekreftelse for mor på at Nora ante hva som ventet, og var klar for å snakke med foreldrene sine om det.

Ivaretagelse av søsken

Palliative forløp kan strekke seg over år, og i denne perioden finnes det ofte friske søsken som forsøker å leve sitt liv så normalt som mulig. Det er nyttig å få tak i søskens forståelse av årsak til sykdommen, og om de er redde for at de selv eller foreldrene skal bli syke. Lövgren og medarbeidere (2016a) fant at bedre medisinsk informasjon var viktig for søsken som hadde mistet en bror eller søster.

Søsken kan oppleve å bli sjalu og misunnelig på pasienten. De vanlige reglene for måltider, søvn og goder kan bli opphevet for den som er syk, mens søsken kanskje må følge mer normal struktur. Ferier og tradisjoner kan bli avlyst eller endret, og alt dette kan føre til krangler som søsken senere skammer seg over. Psykologen kan være med og lette slike følelser ved å normalisere opplevelsene.

Det ser ut til å være viktig for søsken å få en aktiv rolle i behandlingen og bli sett for sin innsats, samtidig som de får leve i sin normale hverdag. Selv om søsken av livstruende syke barn har økt risiko for posttraumatisk stress og negative emosjonelle reaksjoner (Alderfer et al., 2010), kan god familiekommunikasjon og støtte fra omgivelsene bidra til at en del søsken rapporterer om styrking av familieband, til tross for at et barn i familien dør (Eilertsen et al., 2018).

SKRIV FRA PRAKSIS

Fra praksisbidrag gir nye perspektiver på psykologers virke og viser frem kompleksiteten i arbeidet. Artiklene er ikke fagfellevurderte.

Ønsker du å skrive et fra praksisbidrag? Send til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no





Barn og unge har rett til å bli informert om egen helsetilstand, også når livet ikke kan reddes

TERMINALFASE OG DØD

Den siste fasen av et barns liv er spesiell for alle involverte, og det kan føles uvirkelig for en familie å skulle planlegge det. Vår erfaring er likevel at denne fasen kan bli lettere å bære dersom man opplever forutsigbarhet og trygghet i det vonde.

En nylig oversiktsartikkel viser at familier tenderer mot å ønske at barnet dør hjemme, der det er mulig (Johnston et al., 2020). Det er imidlertid flere faktorer som kan gjøre at familier ikke vil ha barnet hjemme i den siste fasen, som usikkerhet rundt symptomlindring, plassmangel, delt bosted, og andre emosjonelle årsaker.

Det kan være vanskelig å starte en samtale om dette temaet. En ivaretagende inngang kan være noe i retning av: «Det kan føles rart i det hele tatt å tenke hvordan det skal være hvis Nora dør. Og vi håper alle at hun fortsatt skal få mange gode dager. Men hvis det nå blir slik, har dere gjort dere noen tanker om hva som blir viktig for dere?» Vi i det tverrfaglige teamet har gode erfaringer med å lage detaljerte akuttplaner sammen med foreldrene for symptomer og situasjoner som kan oppstå.

Mange barn og unge ønsker å få være hjemme og ha det så vanlig som mulig. En del er i denne siste fasen så påvirket av sykdommen sin at de trekker seg mer inn i seg selv, og deres kognitive og emosjonelle horisont snevrer seg inn (Aldridge & Sourkes, 2012, s. 84). Det kan derfor være viktig å ha snakket gjennom noen tema før det går helt mot slutten. Slike samtaler kan handle om hva som skjer etter døden, ting barnet er redd for, og hvordan minske denne frykten, begravelse og gravsted, og fordeling av eiendeler. Det kan også være viktig for barn å høre at vi i hjelpeapparatet skal passe godt på foreldre og søsken.

Helt mot slutten bør man også sørge for at både foreldre og søsken er forberedt på hva som kan skje med kroppen når man er døende, for eksempel at pusten kan lage mer lyd, man kan få kramper, og huden kan skifte farge og bli blek og kald.

Sorgstøtte til familien etter barnets død er også en del av barnepalliasjonen. Mange foreldre setter stor pris på at hjelp til videre ivaretagelse blir gjort av noen som kjente barnet og familien underveis i forløpet (Wiener et al., 2018). Behovet for sorgstøtte kan variere over tid, og mange foreldre og søsken opplever det som meningsfullt å delta i en sorggruppe for å dele erfaringer med andre.

Nora ønsket å dø hjemme, og vi lagde en plan for det. Hjemmesykepleien gav symptomlindring med rådgivning fra det barnepalliative teamet. Brødrene fikk være nær Nora, samtidig som de opprettholdt sine vanlige aktiviteter. De hadde stadig med venner hjem som fikk se Nora og slik skjønnte mer av hvordan situasjonen var.

De tre siste ukene var Nora sengeliggende og sterkt sykdomspåvirket. Hun lå i en seng i stua hjemme. På den siste siden i følelsesdagboka klistret Nora på en «Sorg» fordi hun var så slapp og syk, men også en «Glede» med teksten: «Jeg har verdens beste familie.» Noe av det siste hun sa til meg, var: «Du ser vel at jeg er lei meg, men ikke redd.» ✕

REFERANSER

- Alderfer, M., Long, K., Marsland, A., Ostrowski, N., Hock, J., & Ewing, L. (2010). Psychosocial adjustment of siblings of children with cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 19(8), 789–805. <https://doi.org/10.1002/pon.1638>
- Aldridge, J. & Sourkes, B. (2012). Chapter 8: The psychological impact of life-limiting conditions on the child. I Goldman, Hain & Liben (red.), *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. Oxford University Press.
- Brown, M. & Sourkes, B. (2006). Psychotherapy in Pediatric Palliative Care. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15, 585–596. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.02.004>
- Eilertsen, M.-E., Lövgren, M., Wallin, A. & Kreicbergs, U. (2019). Cancer-bereaved siblings' positive and negative memories and experiences of illness and death: A nationwide follow-up. *Palliative and Supportive Care*, 16(4), 406–413. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000529>
- Friedrichsdorf, S. & Kohen, D. (2018). Integration of hypnosis into pediatric palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 7(1), 136–150. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.05.02>
- Helsedirektoratet (2016): *Nasjonalt faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig av diagnose*
- Johnston, E., Martinez, I., Currie, E., Brock, K. & Wolfe, J. (2020). Hospital or home? Where should children die and how do we make that a reality? *Journal of Pain and Symptom Management*, 1, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.12.370>

- Kreicbergs, U., Valdimarsdóttir, U., Onelöw, E., Henter, J-I. & Steineck, G. (2004). Talking about death with children who have severe malignant disease. *The New England Journal of Medicine*, 351(12), 1175–1186. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa040366>
- Levetown, M., Meyer, E. & Grey, D. (2011). Communication skills and relational abilities. I Carter, Levetown & Friebert (red.), *Palliative Care for Infants, Children and Adolescents: A Practical Handbook* (2. ed.). The Johns Hopkins University Press
- Lövgren, M., Bylund-Grenklo, T., Jalm-sell, L., Wallin, A. & Kreicbergs, U. (2016). Bereaved siblings' advice to health care professionals working with children with cancer and their families. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 33(4), 297–305. <https://doi.org/10.1177/1043454215616605>
- Muriel, A., Wolfe, J. & Block, S. (2016). Pediatric palliative care and child psychiatry: a model for enhancing practice and collaboration. *Journal of Palliative Medicine*, 19(10), 1032–1038. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0354>
- Namisango, E., Brostowe, K., Allsop, M., Murtagh, F., Abas, M., Higginson, I., Downing, J., & Harding, R. (2019). Symptoms and concerns among children and young people with life-limiting and life-threatening conditions: a systematic review highlighting meaningful health outcomes. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 12, 15–55. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0333-5>
- Reinfjell, T., Diseth, T.H. & Vikan, A. (2007). Barn og kreft: Barns tilpasning til og forståelse av alvorlig sykdom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(6), 724–734.
- Snaman, J., Feraco, A., Wolfe, J., & Baker, J. (2019). «What if?» – Addressing uncertainty with families. *Pediatric Blood Cancer*, 66, 1–5. <https://doi.org/10.1002/pbc.27699>
- Stein, A., Dalton, L., Rapa, E., Bluebond-Langner, M., Hanington, L., Stein, K.F., Ziebland, S., Rochat, T., Harrop, E., Kelly, B. & Bland, R. (2019). Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. *The Lancet*, 393, 1150–1163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33201-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33201-X)
- Wiener, L., Rosenberg, A., Lichtenthal, W., Tager, J. & Weaver, M. (2018). Personalized and yet standardized: An informed approach to the integration of bereavement care in pediatric oncology setting. *Palliative and Supportive Care*, 16, 706–711. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001249>
- Wolfe, J., Holcombe, E., Grier, M., Klar, N., Levin, B., Ellenbogen, B., Salem-Schatz, S., Emanuel, E. & Weeks, J. (2000). Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *The New England Journal of Medicine*, 342, 326–333. <https://doi.org/10.1056/NEJM200002033420506>

AKTUELT

Smittsom fødselsdepresjon

Mors fødselsdepresjon kan smitte over på far – især hvis partene er usikre på parforholdet.

Det framgår av Eivor Fredriksens doktorgradsavhandling om fødselsdepresjon: «Depressive symptoms in the transition to parenthood: Patterns, processes and child outcomes». Under Psykologikongressen i Oslo 3. september ble hun belønnet med prisen «Årets doktorgrad» for arbeidet.

Fredriksen mener funnene bør være en *wake-up call* for hjelpeapparatet:

– Når behandlingsapparatet forholder seg til en mor som er fødselsdeprimert, bør det utløse en refleks om at de også bør undersøke hvordan far har det, sier hun til Psykologtidsskriftet.

Fredriksen, som er førsteamanuensis ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, har analysert data fra 1000 gravide mødre og fedre som ble fulgt tett gjennom hele svangerskapet. Hun fant at hvis kvinnen hadde depressive symptomer rett før fødsel, økte forekomsten av depressive symptomer hos mennene rett etter fødsel. Mest utsatt er partnere i usikre parforhold.

Kunnskapen om at også far kan rammes av fødselsdepresjon, mener prisvinneren bør få konsekvenser for praksis.

– Hvis far ikke strever for mye, kan kanskje enkle intervensjoner hjelpe ham slik at han blir mer emosjonelt tilgjengelig for barnet, sier hun.

Fødselsdepresjon hos mødre kan gi problemer med uro, oppmerksomhet og regulering av følelser hos barna ved 18 måneders alder. Fedrenes plager kan få følger for barnas språkutvikling.

Fredriksen fant at mange kvinner ble fødselsdeprimerte allerede før fødselen. Dette mener hun er kunnskap som kan brukes til å bedre barsel-



PRISVINNER Eivor Fredriksen. Foto: Nora Skjerdingsstad

somsorgen og flytte det forebyggende arbeidet fram i tid

I avhandlingen dokumenterer Fredriksen at cirka fire prosent av mødre hovedsakelig er plaget med fødselsdepresjon i svangerskapet. To prosent får plager etter fødsel, for så å oppleve at plagene avtar i løpet av barnets første leveår. Det vanligste er imidlertid å ha moderate depressive plager gjennom hele perioden. Dette gjaldt om lag hver tiende av mødre i studien.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 740-749 FAGFELLEVDERT

ARNHILD LAUVENG¹ & TORLEIF RUUD²¹Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse og rus, ²Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse og rus og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

KONTAKT post@arnhildlauveng.com

Hvilken tilrettelegging gjøres for at personer med alvorlige psykososiale funksjonsnedsettelse skal kunne delta ved nasjonale valg?

Ledere ved DPS døgnenheter, dagsentre og samlokaliserte boliger oppgir at de har god kunnskap om brukernes rett til å stemme ved valg. De rapporterer imidlertid om mindre kunnskap om rett til tilrettelegging for valgdeltagelse, og at tilrettelegging ofte var avhengig av pasientens eget initiativ.

Å stemme ved valg er en grunnleggende demokratisk rettighet. Det samme er retten til å ikke bli diskriminert på bakgrunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse. I denne pilotstudien utforsker vi derfor hvordan ledere ved ulike enheter innenfor psykisk helse tilrettelegger for at mennesker med »

ABSTRACT

What arrangements are made to facilitate people with severe psychosocial disabilities to participate in national elections?

Background: Voting is a fundamental democratic right. However, we know little about how and if patients with severe mental disorders receive necessary support to vote in national elections.

Method: In this quantitative pilot study 230 leaders at three different types of mental health units completed a survey on how their service users received support to participate in the parliamentary election in 2017.

Results: The survey showed that the leaders considered the health care professionals at their workplace had good knowledge about the users' right to vote, but less knowledge of the right to support in preparation and voting. Results also indicate that patients with the most severe conditions, who take least personal initiative, got the least amount of support to vote.

Implications: More research is needed. If the conclusions from this pilot study are confirmed, it may be necessary to develop national guidelines for facilitation of both election preparations and voter participation, in order to avoid that implementation of democratic rights are based on pure coincidence.

Keywords: election, democracy, severe and lasting mental illness, user participation, discrimination of people with mental illness

alvorlig psykososial funksjonsnedsettelse får delta i valg.

Brukermedvirkning i psykisk helsevern er en lovfestet rettighet. Vi vet at autonomi og medvirkning er viktige psykologiske faktorer for tilfriskning. Medvirkning og autonomi er også grunnleggende menneskerettigheter, som selvsagt også gjelder for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Dette er tydelig beskrevet i FNs Convention of Rights of Persons with Disabilities (CRPD), som Norge ratifiserte i 2013. Samtidig er det lite forskning på, og lite offentlig debatt om, valgdeltagelsen for personer med langvarige og sammensatte psykososiale funksjonsnedsettelser. Dette er problematisk, siden valgdeltagelse er en grunnleggende form for medvirkning og påvirkning i et demokratisk samfunn.

Det finnes ingen krav, verken til helse eller kognitiv funksjon, for å stemme i Norge. Alle over 18 år, som er norske statsborgere og oppfyller enkelte andre formelle krav, kan stemme ved stortingsvalg, kommunevalg og fylkestingsvalg (se valgloven for detaljer).

De fleste personer med psykiske helseplager har moderate og/eller kortvarige plager som er til stede i kort tid og/eller bare påvirker noen få områder av livet. Flertallet av disse personene har trolig ingen eller lite behov for tilrettelegging for valgdeltagelse.

Tilrettelegging for valgdeltagelse kan imidlertid være aktuelt for personer med langvarige og alvorlige psykiske vansker, selv om det også i denne gruppen vil være store individuelle forskjeller. Mange personer med alvorlige og langvarige psykiske helseplager vil stemme ved valg uten behov for tilrettelegging. For en del pasienter vil imidlertid alvorlighetsgraden og varigheten av problemene føre til en generell funksjonsnedsettelse, som gjør det nødvendig med tilrettelegging og støtte for å gjennomføre hverdagen. Dette kan være særlig aktuelt for personer med psykoselidelser, samtidig rus og psykisk lidelse og/eller samtidig psykisk lidelse og kognitive vansker. Tilrettelegging og støtte kan også være aktuelt for personer med andre former for psykiske lidelser, for eksempel ved alvorlige personlighetsforstyrrelser, affektive lidelser eller traumelidelser, i situasjoner der de psykiske helseplagene medfører varig og alvorlig psykososial funksjonsnedsettelse.

Muligheten til å benytte sine demokratiske rettigheter og stemme ved valg vil for mange være avhengig av at helsepersonell er klar over hvilke rettigheter personen har, og bidrar med

nødvendig tilrettelegging. Det er derfor relevant å utforske om personer som trenger og ønsker det, får nødvendig støtte til å delta ved valg.

TIDLIGERE FORSKNING

Det finnes svært lite kunnskap om hvordan valgdeltagelse og tilrettelegging for valgdeltagelse er for denne gruppen i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* gjorde et forsøk på å kartlegge dette i en journalistisk sak forbindelse med valget i 2015 (Strand, 2015). Konklusjonen var at det ikke var mulig å få noen klare svar på hvordan virkeligheten ser ut for dem det gjelder. I saken kom det også frem at FN følger med på hvordan Norge fremmer politisk deltagelse blant folk med psykososiale funksjonsnedsettelser.

Heller ikke internasjonalt finnes det mye forskning. Vi gjorde litteratursøk i PsycINFO. Resultatene fra søket tyder på at valgdeltagelsen for mennesker med langvarige og sammensatte psykiske lidelser er lavere enn i befolkningen for øvrig (Kelly, 2014; McIntyre, Khwaja, Yelamanchili, Naz, & Clarke, 2012; Melamed et al., 2007; Siddique & Lee, 2014). McIntyre og medarbeidere (2012) og Melamed og medarbeidere (2007) fant at valgdeltagelsen for innlagte pasienter var omtrent halvparten av valgdeltagelsen i den øvrige befolkningen, mens Siddique og Lee (2014) fant en valgdeltagelse på omtrent 10 %, sammenlignet med valgdeltagelsen i resten av befolkningen. Alle undersøkelsene omfattet pasienter som var innlagt, og valgdeltagelsen var lavest for pasientene som hadde vært syke lengst.

Årsakene til den lave valgdeltagelsen for disse pasientgruppene er sammensatte. Praktiske problemer, som å ha nødvendige papirer tilgjengelig og å komme seg til valglokalet, oppgis som viktige grunner for at pasientene ikke har stemt (Kelly, 2014; McIntyre, et al., 2012; Melamed et al., 2007). Det samme gjør manglende kunnskap, både hos pasienter og ansatte (Kelly, 2014; McIntyre et al., 2012; Rees, 2010). Anbefalingene fra disse studiene er at både pasienter og ansatte kan trenge informasjon om valg og valgdeltagelse, samt hjelp og støtte for å overvinne praktiske og psykologiske hindre for å delta ved valg (Kelly, 2014; McIntyre et al., 2012; Rees, 2010).

Ulike nasjoner vil ha ulike regler for valg og for hvem som har stemmerett, og internasjonal forskning kan dermed ikke automatisk overføres til norske forhold. Forskningsartiklene vi fant gjennom litteratursøket, omhandlet dessuten pasienter innlagt ved sykehusavdelinger. I Norge

gjennomføres det forhåndsstemming ved alle sykehusavdelinger, inkludert avdelinger i psykisk helsevern. Etter opptrappingsplanen er imidlertid antall senger i psykisk helsevern kraftig redusert. De fleste personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser bor nå i kommunen, enten i egne leiligheter eller i kommunale samlokaliserte boliger. Det finnes ingen systematisk kunnskap om hvordan det tilrettelegges for valg og valgdeltagelse i slike kommunale botilbud, eller for hjemmeboende pasienter som benytter ulike dagtilbud. Det er heller ikke mulig å si hvor mange pasienter dette gjelder, siden ikke alle pasienter med bestemte diagnoser vil trenge tilrettelegging.

FORSKNINGSPØRSMÅL

Dette er så langt vi vet, den første studien om valgdeltagelse for personer med psykososiale funksjonsnedsettelse her i Norge. Vi stilte fire forskningsspørsmål:

1. Hvordan vurderer ledere i tjenester for psykisk helse egne kunnskaper om brukernes valgdeltagelse og om de ansatte er opptatt av brukernes valgdeltagelse?
2. Hvordan vurderer ledere at de ansatte tilrettelegger for at pasientene/brukerne/beboerne kan forberede seg til valget, og i så fall hvordan?
3. Hvordan vurderer ledere at de ansatte tilrettelegger for at pasientene/brukerne/beboerne kan delta i valget, og i så fall hvordan?
4. Er det forskjell på hvordan ledere i boliger med tilsyn, kommunale dagsentre og døgnavdelinger ved DPS rapporterer om tilrettelegging for valgdeltagelse?

METODE

Studien er en retrospektiv undersøkelse med spørreskjema til ledere i helse- og sosialsektoren i norske kommuner og døgnavdelinger ved distriktspsykiatriske sentre (DPS) om hvordan de vurderer at ansatte ved deres tjenestested tilrettela for at brukere av tjenesten kunne forberede seg til og delta ved stortingsvalget i 2017.

Utvalg av informanter

Vi mottok i alt 242 utfylte spørreskjema fra ledere fordelt på 34 (17 %) av 198 kommunale dagsentre, 102 kommunale bemannede boliger (fra ukjent antall av 313 kommuner, ukjent svarprosent) og 37 (88 %) av 42 døgnavdelinger ved DPS.

Spørreskjema

Vi fant ikke noe etablert spørreskjema som dekket våre forskningsspørsmål. Basert på tilgjengelig litteratur og våre egne vurderinger utformet vi et eget spørreskjema i tråd med anbefalinger for utforming av spørreskjema (DeVellis, 2017). Vi definerte seks tema med et hovedspørsmål og 5–9 utsagn under hvert tema. De seks temaene var lederens kunnskap om valgdeltagelse, om ansatte var opptatt av valgdeltagelse, informasjon til brukerne i forkant av valget, tilrettelegging av forberedelser til valget, tilgang til diskusjoner før valget, og transport for å kunne stemme ved valget. Hvert utsagn hadde følgende lukkede svaralternativer: 1 = ikke noe, 2 = lite, 3 = en del, 4 = mye, og vet ikke/usikker. Vi inkluderte utsagn om ulike aspekter ved hvert hovedtema for å fange opp mest mulig informasjon og få grunnlag for å regne ut en indeks for hvert tema som beskrevet nedenfor. I starten av spørreskjemaet krysset



Det finnes svært lite kunnskap om hvordan valgdeltagelse og tilrettelegging for valgdeltagelse er for denne gruppen i Norge





Lederne rapporterte også om svært varierende interesse på tjenestestedene for valg og valgdeltagelse

lederen av for hva slags type enhet besvarelsen gjaldt. Det ble ikke spurt om annen informasjon.

Datainnsamling

Vi sendte ut en e-post med lenke til et anonymt elektronisk Questback-spørreskjema til ledere i de tjenestene der vi enkelt klarte å finne e-post-adresse. Dette inkluderte ledere ved 198 kommunale dagsentre og brukerstyrte sentre for mennesker med psykiske lidelser, ledere ved døgnavdelinger ved distriktspsykiatriske sentre og ledere for helse- og sosialtjenestene i 313 av landets 426 kommuner (2017), som igjen ble bedt om å videresende til lederne ved alle kommunale boliger for mennesker med psykiske lidelser. Det ble sendt ut én purring.

Analysér

Av de 242 mottatte spørreskjema ble 12 skjema (5 %) ekskludert fra analysene på grunn av manglende svar på mer enn 10 % av spørsmålene. Av de resterende 230 spørreskjemaene som ble brukt i analysene, var det til sammen 28 manglende svar (0,5 %) fordelt på 23 skjema. Disse ble erstattet med «vet ikke/usikker», som ble ansett som mest sannsynlig svar på ubesvarte spørsmål.

Vi gjorde først psykometriske analyser av svarene på de 38 utsagnene for å undersøke om grupper av utsagn kunne erstattes av færre og mer robuste variabler i form av indekser for de ulike temaene (DeVellis, 2017, Streiner et al., 2015). Vi brukte eksplorativ faktoranalyse i form av prinsipalkomponent-analyse med varimax-rotasjon med Kaiser normalisering, og vi identifiserte antall faktorer ut fra egenverdi over 1. Med 230 skjema var antall skjema stort nok til å gjøre faktoranalyser av 38 utsagn. Ut fra første faktoranalyse ble fem utsagn fjernet fordi de ikke hadde en faktorladning på minst 0,40 på noen faktor. Ny faktoranalyse av 33 utsagn viste 7 faktorer som forklarte 65 % av variansen i de 33 utsagnene. Faktorene hadde meningsbærende tematisk innhold i samsvar med temaene i spørreskjemaet og med en gruppering av utsagn som i stor grad tilsvarte fordelingen av utsagnene på tema i skjemaet. Testing av indre sammenheng mellom utsagnene i hver faktor viste høy intern konsistens med Cronbachs alfa 0,84–0,94 etter fjerning av et utsagn i to av faktorene. For hver faktor kunne vi derfor regne ut en indeks i form av gjennomsnittsverdi for de 1–8 utsagnene i faktoren og bruke den som et mål for det tema som utsagnene i faktoren samlet beskriver. En indeks ble

bare inkludert i analysene dersom maksimum ett utsagn var ubesvart eller besvart med usikker/vet ikke. Fotnoter i tabellene 1–3 viser hvilke spørsmål som er med i de enkelte indeksene.

Deskriptive analyser er gjort ved frekvenstabeller med prosentfordeling. Svarene er dikotomisert ved at «ikke noe» og «lite» er slått sammen og «en del» og «mye» er slått sammen, slik at frekvenstabellene ble mer oversiktlige. Analyser av forskjeller i indekser mellom dagsentre, kommunale boliger og DPS døgnavdelinger er gjort ved enveis variansanalyse (ANOVA) med Bonferronis justeringer av krav til signifikante forskjeller i slike analyser og med post hoc-analyser av parvise forskjeller. Analysene av data er gjort med statistikkprogrammet SPSS versjon 25.

Etikk

Informantene i denne studien var ledere i helse- og omsorgstjenester. Ingen sårbare grupper er brukt som informanter, og ingen opplysninger om enkeltpersoner er samlet inn, kun opplysninger om arbeidsrutiner. Utfylling ble gjort anonymt. Prosjektet trengte derfor ikke å vurderes og godkjennes av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

RESULTATER

Engasjement og kunnskap knyttet til brukernes valgdeltagelse

Lederens kunnskap om brukernes valgdeltagelse og deres vurdering av de ansattes engasjement knyttet til valgdeltagelse er vist i tabell 1. Den viser at lederne oppgir å ha generelt god kunnskap om at pasienter har rettigheter, særlig stemmerett. Det er betydelig mer usikkerhet og variasjon knyttet til kunnskap om pasienters rett til hjelp til å forberede seg til valget og tilrettelegging for å delta i valg. Lederne rapporterte også om svært varierende interesse på tjenestestedene for valg og valgdeltagelse. Over 40 % av lederne sa at de som gruppe i liten grad var opptatt av dette, og over halvparten sa de ikke hadde tatt noen felles beslutninger.

Tilrettelegging for valgforberedelser

Ledernes vurdering av de ansattes praksis når det gjaldt å skaffe informasjon, tilrettelegge og delta i samtaler og diskusjoner, samt bidra til andre forberedelser til valget, er vist i tabell 2. Lederne svarte at de ansatte i liten grad hjalp brukerne med forberedelse til valgdeltagelse. Et flertall av informantene sa at de ikke eller i liten

TABELL 1 Leders kunnskaper og ansattes engasjement angående valg og brukeres valgdeltagelse

Leders kunnskap om valg og valgdeltagelse	Vet ikke	Lite / ikke noe	En del / mye
2a. Har kunnskap om valg og deltagelse	2 %	26 %	72 %
2b. Har kunnskap om brukeres rettigheter	2 %	7 %	91 %
2c. Har kunnskap om stemmerett	2 %	4 %	94 %
2d. Har kunnskap om rett til tilrettelegging	4 %	32 %	64 %
2e. Er trygg på hva jeg kan/bør gjøre	4 %	20 %	76 %
2f. Trygg når jeg tar avgjørelser eller gjør noe	6 %	14 %	80 %
Ansattes interesse for valg og valgdeltagelse	Vet ikke	Lite / ikke noe	En del / mye
3a. Opptatt av rett til tilrettelagt informasjon	6 %	37 %	57 %
3b. Opptatt av rett til tilrettelagt deltagelse	7 %	35 %	58 %
3c. Opptatt av å tilrettelegge for diskusjon	8 %	49 %	43 %
3d. Generelt opptatt av valg og tilrettelegging	6 %	41 %	53 %
3e. Tok felles beslutninger om tilrettelegging	6 %	54 %	41 %

Svar på spørsmål 2a-2f er med i indeks om kunnskap, svar på spørsmål 3a-3d er med i indeks om engasjement.

TABELL 2 Ledernes vurdering av ansattes tilrettelegging for at pasienter kan forberede seg til valget

Informasjon til brukerne	Vet ikke	Lite / ikke noe	En del / mye
4a. Gav informasjon til de som bad om det	10 %	15 %	75 %
4b. Gav informasjon til alle	8 %	34 %	58 %
4c. Spurte de som tok opp temaet om vi kunne bistå med noe	10 %	21 %	70 %
4d. Spurte alle om det var noe vi kunne bistå med	10 %	44 %	46 %
4e. Deltok i samtale om valget om noen snakket om det	8 %	13 %	80 %
4f. Valg eller valgdeltagelse har ikke vært tema	4 %	73 %	23 %
Tilrettelegging for valgforberedelser	Vet ikke	Lite / ikke noe	En del / mye
5a. Skaffet valgmateriell til brukere	8 %	76 %	16 %
5b. Bistod brukere i å skaffe seg valgmateriell	6 %	68 %	26 %
5c. Informerte alle om valgmøter e.l.	7 %	63 %	30 %
5d. Fulgte de som ønsket det til valgmøter e.l.	7 %	46 %	47 %
5e. Tilbød grupper følge til valgomat, møter e.l.	7 %	67 %	26 %
5f. Informerte om valgomat	14 %	59 %	27 %
5g. Bistod de som ønsket det å bruke valgomat	17 %	61 %	22 %
Praksis angående diskusjoner om valgdeltagelse og politikk	Vet ikke	Lite / ikke noe	En del / mye
6a. Vi arrangerte møter om valget og deltagelse	1 %	97 %	2 %
6b. Vi arrangert møter med noen fra ulike partier	1 %	99 %	0 %
6c. Vi oppfordret til samtaler om valg/deltagelse i fellesrom	4 %	67 %	29 %
6d. Personalet deltok i samtaler om valg/deltagelse i fellesrom	6 %	43 %	52 %
6e. Vi oppfordret til samtaler om politikk i fellesrom	7 %	66 %	28 %
6f. Personalet fulgte samtaler for å unngå utilbørlig press	10 %	34 %	57 %

Svar på spørsmål 4a-4e er med i indeks om informasjon, svar på spørsmål 5a-5g er med i indeks om forberedelse, og svar på spørsmål 6a-6f er med i indeks om diskusjoner.

grad gjorde dette. De oppga også at ansatte i liten grad bidro til å informere om valgmøter eller fulgte pasienter til valgmøter, og det var unntaksvis at de selv arrangerte valgmøter. Lederne rapporterte at de ansatte deltok oftere i samtaler med pasientene om valget dersom pasientene

kom inn på det selv, og i liten grad tok initiativ hvis pasientene ikke selv tok opp temaet.

Tilrettelegging for valgdeltagelse

Ledernes vurdering av de ansattes hjelp med transport og andre forhold for å kunne delta i »

valget og avgi sin stemme, er vist i tabell 3. Det varierte mye i hvilken grad det ble rapportert om at de ansatte bisto med transport eller følge til stemmelokalet, og 70 % av lederne svarte at de ansatte ikke hadde bidratt på noen måte med tilrettelegging for valgdeltagelse.

Forskjeller mellom de ulike typene av enheter (boliger, dagsentre, DPS)

Analyser av forskjeller mellom de tre typene tjenester i tilrettelegging for valgdeltagelse er vist i tabell 4, med parvis testing av signifikans for forskjeller mellom tjenestene ut fra enveis variansanalyse. For fem av indeksene er det signifikante forskjeller mellom boliger med tilsyn og DPS på den ene side og kommunale dagsentre på den annen side. Ledere ved boliger og DPS beskriver at de har signifikant mer kunnskap om brukernes valgdeltagelse, de rapporterer om at de tilrettelegger mer, skaffer informasjon og hjelper til med valgmateriell og transport enn ledere ved kommunale dagsentre. Diskusjoner og samtaler var imidlertid omtrent likt for dagsentre og DPS, men signifikant mer ved boliger.

DISKUSJON

Lederne oppga å ha god kunnskap om retten til å delta ved valg, men viste generelt mindre interesse for og kunnskap om rett til tilrettelegging for deltagelse. Lederne svarte også at det ble gitt lite hjelp til forberedelse for valgdeltagelse, og at initiativet i stor grad var overlatt til pasienten/brukeren selv.

Kunnskap om og interesse for brukernes valgdeltagelse

Lederne rapporterte at de hadde god kunnskap om at pasienter har rettigheter ved valg, inkludert stemmerett. Dette står i motsetning til funn fra internasjonale studier (Kelly, 2014; McIntyre et al., 2012; Rees, 2010). Samtidig rapporterte de om betydelig usikkerhet knyttet til kunnskap om pasientenes rett til tilrettelegging for å få stemt. Disse resultatene tyder på at det ikke er manglende kunnskap om stemmerett som kan hindre valgdeltagelse, men heller manglende kunnskap om rett til tilrettelegging.

Et annet mulig hinder for valgdeltagelse er manglende interesse hos de ansatte og mangel på systematisk tilrettelegging. Det var store forskjeller mellom informantene i hvilken grad de rapporterte at de ansatte var opptatt av brukernes valgdeltagelse, og over halvparten sa at de ikke tok noen felles beslutninger om tilrettelegging. Dette er bekymringsfullt, fordi det i stor grad rammer de brukerne som av ulike årsaker er avhengige av systematisk tilrettelegging, fordi de ikke kan ta initiativ selv.

TABELL 3 Ledernes vurdering av ansattes tilrettelegging for at pasienter kan delta i valget

Tilrettelegging for valgdeltagelse	Vet ikke	Lite / ikke noe	En del / mye
7a. Følge til valglokalet	6 %	40 %	54 %
7b. Tilrettelagt for at andre følger til valglokalet	8 %	50 %	42 %
7c. Transport til valglokalet	7 %	48 %	45 %
7d. Informert om ambulerende stemmegivning	17 %	65 %	18 %
7e. Vi har ikke tilrettelagt på noen måte	9 %	70 %	21 %

Svar på spørsmål 7a-7d er med i indeks om transport.

TABELL 4 Forskjeller mellom tjenester i tilrettelegging av valgdeltagelse*

	N**	Bolig (N = 104)		Dagsenter (N = 88)		DPS døgnavd. (N = 37)		Signifikans av parvise forskjeller (p)		
		Gj.snitt	Stand. avvik	Gj.snitt	Stand. avvik	Gj.snitt	Stand. avvik	Bolig / Dagsent,	Bolig/ DPS	Dags./ DPS
Kunnskap	219	3,28	0,61	3,08	0,63	3,49	0,48	0,063	0,228	0,002
Engasjement	214	2,78	0,74	2,36	0,82	2,75	0,73	0,001	1,000	0,041
Informasjon	197	3,21	0,65	2,76	0,75	3,14	0,64	<0,001	1,000	0,046
Forberedelse	207	2,20	0,71	1,66	0,68	2,20	0,75	<0,001	1,000	0,001
Diskusjoner	215	2,08	0,61	1,67	0,55	1,70	0,54	<0,001	0,005	1,000
Transport	209	2,65	0,86	1,81	0,84	2,74	0,87	<0,001	1,000	<0,001

*) Svartskala 1 = ikke noe til 4 = mye, Enveis variansanalyse med Bonferronis tilpasning.

**) Antall med maksimum ett spørsmål besvart med «vet ikke».

Tilrettelegging for valgforberedelser

De ansatte bidro ifølge lederne i svært liten grad til å hjelpe brukerne med å forberede seg til valget. Lederne rapporterte at de ansatte i stor grad ville gi informasjon om valget hvis brukerne selv bad om det. Samtidig svarte 15 % av lederne at de ansatte i liten eller ingen grad ville gi slik informasjon, selv ikke hvis brukerne bad om det. Det kan selvsagt være mange grunner til dette, for eksempel at de anser det som viktigere å prioritere behandling. Det er imidlertid påfallende med de store forskjellene mellom typer av enheter, og at boliger og DPS, som man kunne anta var mer opptatt av behandling, også i større grad tilrettela for valgdeltagelse enn det dagsentrene gjorde.

Tilgang til tilrettelagt og forståelig informasjon om politiske forhold som påvirker ens egen situasjon, er også en demokratisk rettighet. Bullenkamp og Vogt (2004) fant i sin studie at pasienter hadde en større tendens til å stemme på partier som hadde en tydelig helse- og sosialpolitikk, og at de kunne ha utgjort en betydelig velgergruppe – hvis valgdeltagelsen hadde vært høyere. At pasienter i liten grad får tilgang på tilrettelagt informasjon, er dermed både et problem for den enkelte pasient og et demokratisk problem, hvis bestemte grupper systematisk blir utestengt fra informasjon og deltagelse.

Tilrettelegging for valgdeltagelse

De ansattes tilrettelegging for valgdeltagelse var noe bedre enn for forberedelser, men også her var det store variasjoner, og mange oppga å ikke tilrettelegge på noen måte. Vi vet ikke hva dette betyr, det er mulig at pasientene klarer seg selv og ikke trenger bistand. Sett i sammenheng med de andre svarene, er det imidlertid sannsynlig at resultatene heller kan forklares med mangel på kunnskap og interesse. Mange av pasientene i denne gruppen har ikke førerkort og vil ha utfordringer knyttet til transport. Noen vil også trenge støtte for å overvinne praktiske og psykologiske hindre for å stemme (Kelly, 2014; McIntyre et al., 2012; Rees, 2010), og disse resultatene tyder på at det er tilfeldig om de får denne støtten.

Pasienters initiativ

Et bekymringsfullt funn er at lederne oppga at det i stor grad var opp til pasientene og deres initiativ om valg skulle være et tema eller ikke.

Hvis pasientene ikke selv tok opp valg som tema eller bad om bistand, gjorde heller ikke de ansatte det, og det var i liten grad faste strukturer eller felles rutiner for tilrettelegging. Det kan ha vært flere årsaker til dette. Det er selvfølgelig viktig at personer i en sårbar situasjon ikke blir utsatt for noen form for press. Det kan også tenkes at noen av pasientene hadde så store helseutfordringer at å bruke tid på valg og valgdeltagelse ville ha vært uforsvarlig.

Samtidig er det også utfordringer knyttet til at initiativet i så stor grad ble overlatt til pasientene, og ikke var innarbeidet i rutiner. Enkelte pasienter kan ha vært syke lenge og kan ha hatt betydelig funksjonsnedsettelse på mange områder. Hvis valg og valgdeltagelse ikke var en naturlig del av deres repertoar og de ikke hadde nok kunnskap om egne rettigheter, var de avhengige av at informasjonen ble gitt uoppfordret eller var lett tilgjengelig. Kelly (2014), McIntyre med flere (2012) og Rees (2010) anbefaler at alle pasienter får tilbud om tilrettelagt informasjon, nettopp fordi mange har få tidligere erfaringer med valgdeltagelse og kan trenge støtte for å kunne bruke sin stemmerett. Det er dermed særlig bekymringsfullt at de som kan ha hatt behov for mest bistand, i minst grad ser ut til å ha fått det.

Forskjeller mellom ulike typer tjenester (boliger, dagsentre, DPS)

I tillegg til stor variasjon mellom de ulike enhetene var det også signifikante forskjeller mellom de ulike *typene* av enheter. Ledere ved DPS og kommunale boliger rapporterte om signifikant mer kunnskap, tilrettelegging og informasjon enn det lederne ved dagsentrene gjorde. Disse forskjellene kan forstås ved at spesialisthelsetjenesten hadde gode og innarbeidede rutiner for valgdeltagelse og forhåndshåndstemming. Både boliger og døgnavdelinger ved DPS har heldøgnsansvar for pasientene, og dette kan ha ført til at de tok et mer helhetlig ansvar for oppfølgingen. Brukere av dagsentre er ofte noe mer selvstendige, de kommer seg gjerne til dagsentrene på egen hånd. Det er dermed mulig at de i mindre grad hadde behov for eller ønske om oppfølging relatert til valgdeltagelse. Samtidig har dagsentrene en viktig rolle i å hjelpe mennesker som har til dels alvorlige psykiske helseplager, i å oppnå økt selvstendighet, integrering, aktivitet og livsmestring, og å motvirke isolasjon. For mange brukere er

»



En alvorlig svakhet ved studien er at ikke pasientenes eget syn på problemstillingene ble utforsket

dagsentrene også deres viktigste daglige kontakt med hjelpesystemene. Det er nærliggende å tenke at samtaler og informasjon om valgdeltagelse hadde vært en naturlig komponent i å øke deltagelse, engasjement og livsmestring. Det er dermed underlig at lederne av dagsentrene i så liten grad rapporterte om at dette var viktig for dem.

Styrker og begrensninger ved studien

Denne studien er en første utforskning av et område der det finnes svært lite forskning fra før. Vi fant ingen publiserte norske studier om dette temaet, og de internasjonale studiene som finnes, omhandler i hovedsak pasienter på sykehusavdelinger.

Det er en svakhet at studien ikke hadde objektive mål for kunnskap eller tilrettelegging. Alle svarene var basert på ledernes egenrapportering. Vi testet ikke informantenes faktiske kunnskaper, og vi hadde ingen mulighet til å vite hva informantene mente med at de har tilrettelagt «mye», eller «lite». Det er derfor vanskelig å vite om deres vurderinger stemmer overens med vurderinger fra andre, for eksempel fra andre ansatte, brukere/pasienter/beboere eller pårørende, og vi vet heller ikke om informantene mener det samme med disse beskrivelsene. Vi bad dem bare vurdere sitt eget kunnskapsnivå.

Ifølge Dunning-Kruger-effekten (Dunning, 2011) kan det være en tendens til at mennesker som kan lite om et tema, overvurderer sine egne kunnskaper, nettopp fordi de ikke har kompetanse nok til å vurdere hva de ikke kan. Det motsatte kan også skje, at en person som vet mye, også innser begrensninger i egen kunnskap og svarer ut fra det. Dette var det ikke mulighet til å kontrollere for i studien, siden vi ikke hadde noen objektive mål på kunnskap.

Det er også vanskelig å vurdere hvor representative svarene var. Det er mulig at de lederne som var spesielt opptatt av valgdeltagelse og hadde mye kunnskap om dette, var mer tilbøyelige til å være interessert i å svare, men dette vet vi ikke.

En alvorlig svakhet ved studien er at ikke pasientenes eget syn på problemstillingene ble utforsket, for eksempel om de opplevde at dette var et viktig tema, om de i det hele tatt ønsket noen tilrettelegging, og om hva slags tilrettelegging de eventuelt ønsket. Pasienter ble heller ikke spurt om de stemte ved valget, og hvorfor / hvorfor ikke de stemte, og vi vet ikke hvordan valgdeltagelsen for pasienter i denne gruppen er i Norge.

Det var utelukkende praktiske årsaker til at pasientperspektivet var utelatt i denne studien. Tidligere internasjonale studier har vært gjennomført på psykiatriske sykehusavdelinger, der det er enkelt å rekruttere pasienter til deltagelse på en etisk forsvarlig måte. I Norge i dag bor de fleste personer med langvarig og alvorlig psykososial funksjonsnedsettelse i en kommune, enten i samlokaliserte boliger eller egne hus/leiligheter. Å rekruttere et representativt utvalg fra denne gruppen på en måte som både er etisk forsvarlig og samtidig representativ nok for forskning, er praktisk utfordrende, og det var ikke mulig for oss å gjennomføre dette før valget i 2017.

Implikasjoner

Få psykologer har sitt hovedarbeidssted på dagsentre og i kommunale boliger, men mange arbeider på DPS, og stadig flere har ulike typer stillinger i kommunene. Resultatene fra denne studien tyder på at tilretteleggingen for valgdeltagelse er varierende og tilfeldig, og det ser ut til å være klare systemutfordringer knyttet til rutiner, kunnskap og generell

tilrettelegging. Dette er viktig kunnskap for psykologer, kanskje spesielt for psykologer ansatt i kommunene, samt psykologer som arbeider med mennesker med sammensatte og alvorlige psykiske lidelser, og psykologer som har veiledningsansvar.

For å utforske brukernes ønsker, behov og opplevelser er det behov for kvalitative studier. Det er også nødvendig med studier med mer objektive mål enn de vi benyttet i denne studien. Det kan også være interessant med kvalitative studier som utforsker ansattes holdninger til, og erfaringer med, tilrettelegging.

Hvis videre forskning bekrefter den variasjonen som beskrives i denne studien, vil det være aktuelt å utvikle nasjonale retningslinjer for tilret-

telegging av både valgforberedelser og valgdeltagelse for å unngå at implementering av demokratiske rettigheter er basert på rene tilfeldigheter.

KONKLUSJON

Denne pilotstudien viser at ledere ved DPS-døgnavdelinger, dagsentre og bemannende boliger rapporterte om at ansatte hadde god kunnskap om stemmerett, men betydelig mindre kunnskap om rett til tilrettelegging for valgdeltagelse. De beskrev store forskjeller og få rutiner når det gjelder tilrettelegging for forberedelse til og deltagelse i valg for pasienter med alvorlig psykososial funksjonsnedsettelse. Det ser også ut som om de pasientene som trengte mest tilrettelegging, fikk minst bistand. ✕

REFERANSER

- Bullenkamp, J., & Voges, B. (2003) Voting Behaviour of the Chronic Mentally Ill Results from Opinion Polls Among Residents from Therapeutic Facilities after the Federal Elections to the Bundestag in 1994, 1998 and 2002. *Psychiatrische Praxis*, 30(8), 444–449. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2003-45210>
- DeVellis R.F. (2017). *Scale Development. Theory and Applications*. Sage.
- Dunning, D. (2011). The Dunning–Kruger Effect: On Being Ignorant of One's Own Ignorance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 44, 247–296. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-385522-0.00005-6>
- Ekeli, K.S., & Gamlund, E. (2017) Uvitende, uansvarlige og irrasjonelle borgere har en moralsk plikt til å avstå fra å stemme. *Kronikk, Aftenposten*, publisert 20.07.2017.
- Kelly, B.D. (2014). Voting and mental illness: the silent constituency. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 2014(31), 225–227. <http://dx.doi.org/10.1017/ipm.2014.52>
- McIntyre, J., Khwaja, M., Yelamanchili, V., Naz, S., & Clarke, M. (2012). Uptake and knowledge of voting rights by adult in-patients during the 2010 UK general election. *The Psychiatrist*, 36(4), 26–30. <http://dx.doi.org/10.1192/pb.bp.110.033662>
- Melamed, Y., Doron, A., Finkel, B., Kurs, R., Behrbalk, P., Noam, S., Gelkopf, M., & Bleich, A. (2007). Israeli psychiatric inpatients go to the polls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(8), 705–708. <http://dx.doi.org/10.1192/pb.bp.110.033662>
- Rees, G. (2010). Suffrage or suffering? Voting rights for psychiatric in-patients. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 159. <https://doi.org/10.1192/bjp.197.2.159>
- Siddique, A., & Lee, A. (2014). A survey of voting practices in an acute psychiatric unit. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 31(4), 229–231. <http://dx.doi.org/10.1017/ipm.2014.53>
- Strand, N. (2015). Hvem sikrer demokratiske rettigheter for folk med psykososiale problemer? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(9), 792–800.
- Streiner, D.L., Norman, G.R., & Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use*. Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/med/9780199685219.001.0001>

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 750-759 FAGFELLEVDERT

KRISTER W. FJERMESTAD¹, INGILD ANTHONISEN², BENTE STORM MOWATT HAUGLAND³, ARNE KODAL⁴,
JON FAUSKANGER BJÅSTAD⁵ & GRO JANNE WERGELAND⁶¹ Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, ² Oslo Pedagogisk-psykologisk tjeneste, ³ Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, ⁴ BUP Ytrebygda, Helse Bergen, ⁵ Norwegian Research Centre AS (NORCE) og Stavanger Universitetssykehus, ⁶ Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Åsane, Helse Bergen

KONTAKT krister.fjermestad@psykologi.uio.no

SAMMENHENGEN MELLOM BEHANDLINGSFORNØYDHET OG EFFEKT AV KOGNITIV ATFERDSTERAPI

– En randomisert kontrollert studie
blant barn med angstdiagnoser

Vi må vite hva som gjør at barn og unge er fornøyde med behandlingen de får. Og vi må vite hva som gjør at foreldre er fornøyde, da de har en avgjørende rolle for om barnet får tilgang til behandling.

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en veldokumentert metode for angstbehandling med barn (James, James, Cowdrey, Soler & Choke, 2015). På gruppenivå rapporterer 60–80 % av barn klinisk signifikant bedring etter manualbasert KAT (Kendall & Peterman, 2015). Behandlings-effekter kan operasjonaliseres på ulike måter, som for eksempel symptomlette, å ikke lenger møte kriteriene for en diagnose (diagnosetap), bedret livskvalitet og/eller bedret funksjon er sentrale utfallsmål. Kliniske forskere har foreslått at behandlingsfornøydhet, definert som i hvor stor grad behandlingstilbudet tilfredsstiller klientens behov og ønsker, også bør måles (Turchik, Karpenko, Ogles, Demireva, & Probst, 2010). Eksempler på klienters behov og ønsker »

ABSTRACT

The association between treatment satisfaction and effects of cognitive behavioral therapy – A randomized controlled trial of children with anxiety disorders

Background: Clinical psychologists in Norway are required to consider their clients' preferences when offering treatment. When clients are children, parents are most often involved in the treatment and are decision makers in initiating and terminating therapy. It is therefore important to study how child and parent treatment satisfaction are related to child therapy outcomes.

Method: We examined associations between child- and parent-rated treatment satisfaction and treatment effects in a randomized controlled trial among 182 children (aged 8 to 15 years) diagnosed with anxiety disorders. Participants were randomized to manual-based cognitive behavioral therapy, either in individual or group format.

Results: The children reported higher treatment satisfaction than their parents, regardless of which treatment format they received. Both child- and parent-rated treatment satisfaction was higher when children no longer met the criteria for anxiety diagnoses at post-treatment. Larger reduction in anxiety symptoms from pre- to post-treatment predicted higher child and parent satisfaction. Higher satisfaction predicted larger reductions in parental reports of child anxiety symptoms from pre-treatment to 3,9 years follow-up, also when we controlled for change in outcomes measured at post-treatment and at a follow up one year later.

Conclusion/Implications: Child- and parent-rated treatment satisfaction are associated with treatment outcomes. More knowledge is needed about what other factors may influence treatment satisfaction.

Keywords: treatment satisfaction, anxiety, cognitive behavioral therapy, children, adolescents, parental reports, randomized controlled trial



Barn var noe mer fornøyde enn foreldre med behandlingen, imidlertid med liten effektstørrelse

kan være å oppleve mestring, å forstå seg selv og sin situasjon bedre og å få bedre selvilde.

Studier viser at flertallet av barn og foreldre er fornøyd med psykologisk behandling (Barber, Tischler, & Healy, 2006; Turchik et al., 2010). Nordamerikanske studier har påvist sammenhenger mellom behandlingseffekter og barns og/eller foreldres fornøydhets (Garland, Aarons, Hawley, & Hough, 2003; Garland, Haine, & Boxmeyer, 2007; Kaplan, Busner, Chibnall, & Kang, 2001). Flere studier viser at foreldre er mer fornøyde enn barn, og foreldres fornøydhets er i større grad knyttet til behandlingseffekter enn barns fornøydhets (Barber et al., 2006; Biering, 2010; Turchik et al., 2010). Barns fornøydhets har også vist seg å henge sammen med barnets motivasjon for behandling, og barnets vurdering av allianse med terapeuten (Fjermestad et al., 2018).

Å undersøke om behandling er tilpasset klientens ønsker og preferanser, er i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert praksis samt pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2019; Norsk Psykologforening, 2007). En nylig utført studie ved norske barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) av Solberg og kolleger fant imidlertid ingen forskjell i barne- eller foreldre-rapportert fornøydhets avhengig av om barn ble bedre etter behandling eller ikke (Solberg, Larsson, & Jozefiak, 2015). Studien representerer et viktig bidrag til praksisfeltet, men har noen avgjørende svakheter. I studien undersøkte forfatterne fornøydhets først 3–4 år etter at barnet fikk behandling, utfallsmål var utelukkende basert på foreldrerapportering, og barna hadde fått ulike behandlingstilnærming og hadde ulike tilstandsbilder.

I klinisk praksis vil det være vanskelig å måle fornøydhets flere år etter behandling. Det er dessuten viktig å undersøke sammenhengen mellom fornøydhets og utfallsmål rapportert av både barn, foreldre og klinikere. Dette er viktig fordi slike utfallsmål ikke alltid samsvarer, og sammenhengen med fornøydhets kan variere avhengig av hvem som rapporterer utfall (Garland et al., 2003). Videre er det viktig å undersøke fornøydhets når manualbasert behandling brukes i psykisk helsevern for spesifikke tilstandsbilder. Dette er viktig fordi både klinikere og brukere har uttrykt skepsis til manualbaserte behandlinger (Kendall & Peterman, 2015), og fordi slik kunnskap kan brukes i diagnosespesifikke anbefalinger.

Kunnskap om sammenhengene mellom fornøydhets og utfall når manualbasert behandling leveres i psykisk helsevern, kan bidra til større forståelse for brukeres (både foreldre og barns) opplevelse av behandling for barn med angstlidelser. Videre kan denne kunnskapen gi informasjon om nytteverdien ved fornøydhetsmål. For eksempel vil det være hensiktsmessig for behandlere å vite i hvilken grad fornøydhets henger sammen med bedring, eller om fornøydhets er et uavhengig mål i seg selv.

Hovedformålet med denne studien er å undersøke sammenhengen mellom behandlingfornøydhets og effekter etter kognitiv atferdsterapi for angst (KAT) i BUP. Vi undersøker effekter både umiddelbart etter behandling og 1 og 3,9 år seinere. Dernest vil vi beskrive hvilke elementer ved behandlingen barn og foreldre selv trekker frem som viktige. For å besvare/utforske dette har vi fire problemstillinger. *Problemstilling 1* er hva barn og foreldre opplevde som viktigst ved behandlingen. Denne problemstillingen vil besvares gjennom en kategorisering av åpne svar gitt av deltakende barn og foreldre. Dette er en deskriptiv problemstilling, som etter vår kjennskap ikke er undersøkt ved KAT-programmet vi har brukt tidligere, derfor har vi ingen hypotese angående dette. *Problemstilling 2*

er om det er forskjell mellom barns og foreldres fornøydhets og mellom gruppe- og individuell behandling. Hypotesen vår er at foreldre vil rapportere høyere fornøydhets enn barn. Slik vi ser det, er det ikke teoretisk eller empirisk grunnlag for en hypotese om en eventuell forskjell mellom behandlingsformatene. *Problemstilling 3* er om fornøydhets predikeres av endring i angst- og depresjonssymptomer og angstdiagnoser fra før til etter behandling. Hypotesen vår er at det vil være en sammenheng mellom fornøydhets og behandlingseffekter. *Problemstilling 4* er om langtidseffekter kan forklares av fornøydhets. Denne problemstillingen er, slik vi kjenner faglitteraturen, ikke undersøkt tidligere, og undersøkes derfor uten forhåndshypotese.

METODE

Utvalg og prosedyrer

Deltakere var 182 barn mellom 8 og 15 år (snitt = 11,5 år, $SD = 2,1$; 47% gutter) som var henvist til BUP. Barn som oppfylte DSM-IV-kriteriene (American Psychological Association, 1994) for minst én av diagnosene separasjonsangst, sosial angst og generalisert angstlidelse, ble inkludert. Eksklusjonskriteriene var gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, psykoselidelse og/eller psykisk utviklingshemming.

Sytten terapeuter fra syv klinikker deltok i studien (snittalder = 48,2 år, $SD = 11,0$, spenn 30–63, 94 % kvinner), med 10,8 år klinisk erfaring i snitt ($SD = 6,3$, spenn 3–27 år). Terapeutene var ansatt ved BUP (ti psykologer, seks kliniske pedagoger og én klinisk sosionom). Fem terapeuter hadde toårig videreutdanning i KAT. De øvrige hadde lite eller ingen formell KAT-utdanning. Før studien deltok alle terapeutene på et todagers kurs om KAT og angstlidelser hos barn samt todagers kurs i behandlingsmanualen. Mens studien pågikk, deltok terapeutene på fire todagers samlinger om tema relatert til angstlidelser hos barn. Terapeutene mottok veiledning fra psykologer som var sertifisert i behandlingsmanualen.

Grupper på seks barn ble blokkrandomisert til individuell kognitiv atferdsterapi (IKAT; $n = 91$), gruppebasert kognitiv atferdsterapi (GKAT; $n = 88$) eller venteliste ($n = 35$). Deltakerne på venteliste ble randomisert til IKAT eller GKAT etter venteliste (snitt 10 uker).

FRIENDS-manualen (Barrett, 2008) ble oversatt til norsk i samarbeid med manualforfatteren. Barneversjonen av manualen ble brukt

for deltakere på 8–12 år, mens ungdomsversjonen ble brukt for deltakere på 12–15 år.

Utfallsmål

Client Satisfaction Scale (CSS, tilpasset fra Barrett, Shortt, Fox, & Wescombe, 2001) ble brukt som mål på behandlingsfornøydhets. CSS består av ti ledd (f.eks. *Jeg ville anbefalt FRIENDS-programmet til andre med lignende problemer*) som besvares på en skala fra 1 (*helt uenig*) til 5 (*veldig enig*). Foreldreversjonen av skjemaet ble besvart av mødre ($n = 121$; $\alpha = 0,93$) eller fedre ($n = 43$; $\alpha = 0,89$). Barneversjonen ble besvart av barnet ($n = 120$; $\alpha = 0,79$). I tillegg inneholdt spørreskjemaet en invitasjon til respondentene om selv å identifisere hva de opplevde som viktigst ved FRIENDS-programmet. Invitasjonen var formulert slik i spørreskjemaet: «Nevn de tre tingene ved FRIENDS-programmet som du synes var viktigst.»

The Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-C/P; Silverman & Albano, 1996) ble brukt som diagnostisk intervju. Både barneversjonen og foreldreversjonen har utmerket mellomrater-reliabilitet, test-retest-reliabilitet og samtidig validitet (Lyneham, Abbott, & Rapee, 2007; Silverman, Saavedra, & Pina, 2001). Intervjuene ble videofilmert. Et tilfeldig utvalg på 20 % ble vurdert av to klinikere som var opplært av ADIS-forfatteren (Silverman), og som ikke hadde kjennskap til opprinnelig vurdering. Enigheten mellom bedømmere estimert med kappa (k), var 0,84 (ADIS-C) og 0,86 (ADIS-P).

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS, Spence, 1998) måler barne- og forelderreporterte angstsymptomer hos barn. SCAS består av 38 ledd som besvares på en skala fra 0 (*aldri*) til 3 (*alltid*). SCAS har test-retest-reliabilitet på 0,60 over 6 måneder (Spence, 1998). Det er også funnet signifikante korrelasjoner ($r = 0,71$ – $0,75$) mellom SCAS og Revised Children's Manifest Anxiety Scale, en annen angstskala for barn (Spence, 1998; Spence, Barrett, & Turner, 2003). Den interne konsistensen til SCAS var god (foreldre $\alpha = 0,85$, barn $\alpha = 0,91$).

Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ, Angold, Costello, Messer, & Pickles, 1995) måler barne- og forelderreporterte depresjonssymptomer hos barn. SMFQ består av 13 ledd som besvares på en skala fra 0 (*ikke sant*) til 2 (*sant*). SMFQ har test-retest-reliabilitet over to uker på 0,66 (barn) og 0,88 (foreldre; Kuo, Stoep, & Stewart, 2005). SMFQ skiller mel-

»

lom kliniske og ikke-kliniske utvalg (Angold et al., 1995; Kuo et al., 2005). Den interne konsistensen til SMFQ var god (foreldre $\alpha = 0,86$, barn $\alpha = 0,88$).

Diagnostisk intervju og alle spørreskjema ble gjennomført før behandling, etter behandling og ved 1 og 3,9 års oppfølging, utenom CSS, som ble utfylt etter behandling. Angst- og depresjonssymptomer ble signifikant redusert gjennom oppfølgingsperioden. Andelen som mistet alle angstdiagnoser, var 27 % umiddelbart etter behandling, 45 % etter ett år og 53 % etter 3,9 år (Kodal et al., 2018; Wergeland et al., 2014).

Etikk

Det ble hentet inn informert skriftlig samtykke fra alle foreldre samt ungdommer over 12 år. Prosjektet var godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Vest.

Analyseplan

Første- og andreforfatter leste samtlige svar på den åpne oppfordringen til å liste hva som var viktigst ved FRIENDS-programmet. Uavhengig av hverandre kodet første- og andreforfatter svarene inn i kategorier som sam-

svarer med kjernekomponentene i FRIENDS («følelser», «tanker», «eksponering», «sosiale aspekter», «hjemmearbeid», «belønning»). Tre ytterligere kategorier ble lagt til («forhold ved terapeuten», «morsomme aspekter», «negative aspekter»). Disse tre siste kategoriene beskrev utsagn som begge forfatterne mente representerte tematiske mønstre av svar som ikke passet med kjernekomponentene. Vi målte snitteneheten mellom kategoriseringen til første- og andreforfatter, og fant den tilfredsstillende ($k = 0,73$). Uenigheter om hvilken kategori en gitt besvarelse passet best inn i, ble løst gjennom diskusjon mellom første- og andreforfatter.

CSS var normalfordelt (ingen skjevhet $> 0,94$, ingen kurtose $> 0,91$). Little's Missing Completely at Random (MCAR)-test viste at mønstret av manglende data sannsynligvis var helt tilfeldig ($p = 0,935$). T-tester for uavhengige utvalg ble utført for å sammenligne CSS mellom foreldre og barn, mellom IKAT og GKAT, og for diagnosetap (tap av alle angstdiagnoser). Endring i SCAS og SMFQ ble brukt som prediktorer i en regresjonsmodell for CSS. CSS ble i videre regresjonsanalyser brukt som prediktor for endring i SCAS og SMFQ fra før behandling til 1 og 3,9 år etter. Effektstørrelser ble beregnet

TABELL 1 Kategorisering av barns og foreldres svar på «Nevn de tre tingene ved FRIENDS-programmet som du synes var viktigst»

Kategori	Andel barn	Andel foreldre	Eksempelsitater fra barn	Eksempelsitater fra foreldre
Tanker*	35,3%	46,6%	Prøve å tenke indre hjelpsomme tanker	Han blir oppmerksom på positive og negative tanker
Følelser*	44,0%	40,5%	At jeg lærte og slappe av mer	Merksemda på å roe ned og kjenne etter
Eksponering*	61,2%	56,5%	Dette prosjektet har fått meg til å innse at jeg ikke skal unngå situasjoner	Trappetrinnsplan – et supert hjelpemiddel!
Sosiale aspekter*	11,2%	46,6%	At det var barn på min alder med problemer og	At barnet mitt får se at det er andre med samme problem
Forhold ved terapeuten	9,5%	17,6%	Flink og snill behandler	Entusiastiske behandlere
Belønning*	2,6%	3,1%	Belønne seg selv	Kjekt system med belønning
Hjemmearbeid*	1,7%	2,3%	Lekser	Gjennom hjemmeoppgaver måtte hele familien engasjere seg
Morsomme aspekter	8,6%	3,1%	Fikk nye venner og hadde det gøy	Barnet gledet seg til å gå på FRIENDS
Negative aspekter	0,9%	13,7%	Likte ikke leksene	Kunne trengt mye mer tid til oss som foreldre

Merk. Foreldre: $n = 131$. Barn: $n = 116$. *Disse kategoriene er kjernekomponenter i programmet. De øvrige tre kategoriene ble identifisert som tema under første- og andreforfatters kategorisering av svarene.

med Cohen's *d* (Cohen, 1992). Alle analyser ble gjennomført med IBM SPSS 25.0.

RESULTATER

Tabell 1 viser kategorisering av svarene fra barn og foreldre på hva de opplevde som det viktigste med behandlingen.

Det var ikke forskjeller i fornøydhets mellom IKAT og GKAT verken for barn ($p = 0,358$) eller foreldre ($p = 0,645$). De to betingelsene ble derfor behandlet som én gruppe i videre analyser. Generelt rapporterte både barn og foreldre en fornøydhets på over midten av skalaen (se tabell 2). Korrelasjonen mellom fornøydhets hos barn og hos foreldre var moderat ($r = 0,41$; $p > 0,001$). T-test viste at barn var signifikant mer fornøyde enn foreldre ($d = 0,24$).

Tabell 2 viser oversikt over sammenhenger mellom fornøydhets og diagnosetap etter behandling, samt 1 og 3,9 år etter behandling.

Barn og foreldre rapporterte signifikant høyere fornøydhets når barnet hadde mistet angstdiagnosene umiddelbart etter behandling og etter 3,9 år, men det var ingen forskjell etter 1 år.

Tabell 3 viser sammenhengen mellom fornøydhets og symptomendringer fra før til etter behandling. Endring i foredrerapporterte angstsymptomer (for barn) og barnerapporterte depresjonssymptomer forklarte barnerapportert fornøydhets. Endring i foredrerapporterte angst- og depresjonssymptomer (for barn) forklarte foredrerapportert fornøydhets.

Tabell 4 viser sammenhengen mellom fornøydhets og symptomendringer fra før behandling til 1 og 3,9 år etter behandling. Fornøydhets predikerte ikke endring i barnerapporterte angstsymptomer. Både barne- og foredrerapportert fornøydhets predikerte foredrerapportert endring i angstsymptomer fra før til 1 år etter behandling; barnerapportert fornøydhets

»

TABELL 2 T-tester for uavhengige utvalg for fornøydhets i ulike grupper og tap av angstdiagnoser rett etter behandling, ett år og 3,9 år etter behandling

		Mistet alle diagnoser			Ikke mistet alle diagnoser				
		n	Snitt	SD	n	Snitt	SD	t	p
Rett etter	Fornøydhets – barn	31	4,13	0,53	99	3,85	0,61	2,30	0,023
	Fornøydhets – foreldre	31	4,21	0,45	103	3,63	0,65	4,66	0,000
1 år	Fornøydhets – barn	56	4,01	0,52	65	3,86	0,60	1,45	0,149
	Fornøydhets – foreldre	54	3,91	0,65	70	3,70	0,59	1,88	0,062
3,9 år	Fornøydhets – barn	62	4,08	0,51	56	3,76	0,64	3,09	0,003
	Fornøydhets – foreldre	62	3,93	0,60	58	3,54	0,69	3,35	0,000

TABELL 3 Fornøydhets predikert av angst- og depresjonssymptomendring fra før til rett etter behandling for barn med angst

Avhengig variabel	Prediktorer (endring i symptomer)	β	p	Forklart varians	df
Modell 1 Fornøydhets – barn				14,1%**	109
	Angst – foreldre	0,32	0,003		
	Angst – barn	-0,07	0,464		
	Depresjon – barn	0,21	0,034		
Modell 2 Fornøydhets – foreldre				30,0%**	108
	Angst – foreldre	0,35	0,000		
	Angst – barn	-0,06	0,491		
	Depresjon – barn	0,17	0,056		

Merk. df = frihetsgrader. Angst – foreldre = foredrerapportert endring i barns angstsymptomer. Depresjon – foreldre = foredrerapportert endring i barns depresjonssymptomer. *signifikant på .05-nivå. **signifikant på .01-nivå.

TABELL 4 Regresjonsmodeller for fornøydhhet som prediktor for symptomendring

Avhengig variabel	Prediktorer	Før – 1 år etter				Før – 3,9 år etter			
		β	p	Forklart varians	df	β	p	Forklart varians	df
Modell 1				1,5%	107			1,8%	97
Angst – barn	Fornøydhhet – barn	0,01	0,938			-0,02	0,879		
	Fornøydhhet – foreldre		0,18	0,098			-0,05	0,675	
Modell 2				20,7%**	108			15,5%**	95
Angst – foreldre	Fornøydhhet – barn	0,27	0,006			-0,32	0,002		
	Fornøydhhet – foreldre		0,28	0,004			-0,18	0,085	
Modell 3				7,5%**	103			5,5%	95
Depresjon – barn	Fornøydhhet – barn	-0,04	0,710			0,09	0,427		
	Fornøydhhet – foreldre		0,32	0,003			-0,30	0,008	
Modell 4				13,8%**	109			6,4%*	95
Depresjon – foreldre	Fornøydhhet – barn	0,05	0,650			-0,01	0,934		
	Fornøydhhet – foreldre		0,37	0,00			-0,29	0,009	

Merk. df = frihetsgrader. Angst – foreldre = foreldrerapportert endring i barns angstsymptomer. Depresjon – foreldre = foreldrerapportert endring i barns depresjonssymptomer. *signifikant på .05-nivå. **signifikant på .01-nivå. *Samme mønster når tidlig endring kontrolleres for.

også 3,9 år etter. Foreldrerapportert fornøydhhet predikterte endring i barne- og foreldre-rapportert depresjon fra før til 1 og 3,9 år etter behandling.

Ettersom endring fra før til 1 og 3,9 år etter behandling er sterkt påvirket av tidlig endring (fra før til umiddelbart etter behandling), ble alle langtidsmodellene repetert med kontroll for tidlig endring. Effektene av fornøydhhet på 1 års symptomendring forsvant for foreldrerapportert angst og depresjon, og for foreldrerapportert depresjon etter 3,9 år. I de øvrige modellene var fornøydhhet fremdeles signifikant ($p < 0,05$) når tidlig endring ble kontrollert for, med ett unntak. I modellen for barnerapportert depresjon etter 1 år var fornøydhhet nær grensen for signifikans ($p = 0,082$ for barn og $p = 0,054$ for foreldre) når tidlig endring ble kontrollert for.

DISKUSJON

I denne undersøkelsen av fornøydhhet blant barn og deres foreldre etter at barn hadde motatt KAT for angst i BUP, fant vi at den behandlingskomponenten flest barn og foreldre trakk

frem som viktig, var eksponering. Dette er viktig tilbakemelding for klinisk praksis, og i tråd med den forskningsbaserte antakelsen om at eksponering er den mest virksomme komponenten i KAT for angst (Kendall & Peterman, 2015).

Barn var noe mer fornøyde enn foreldre med behandlingen, imidlertid med liten effektstørrelse. Dette funnet er ikke i tråd med majoriteten av studier, som har vist at foreldre rapporterer høyere fornøydhhet enn barn (Biering, 2010; Turchik et al., 2010). En forklaring kan være at behandlingseffekten var noe lavere i vår studie enn i andre angstbehandlingsstudier (Wergeland et al., 2014). Foreldrene kan dermed ha vært mindre fornøyde. Det er også mulig at forskjeller i type fornøydhhetsmål som er anvendt, og ulike måletidspunkt, delvis kan forklare at vår studie viser andre resultat enn tidligere studier.

Endringer i angst- og depresjonssymptomer i løpet av behandlingen forklarte omtrent en tredjedel av variansen i foreldrerapportert fornøydhhet. Det vil si at omtrent to tredjedeler av forklaringen på hvor fornøyde foreldrene

er, skyldes andre faktorer enn bedring i angst- og depresjonssymptomer. Dette er i tråd med tidligere studier (Garland et al., 2003; Garland et al., 2007; Kaplan et al., 2001; Turchik et al., 2010). Våre funn avviker imidlertid fra en norsk studie som ikke fant sammenheng mellom fornøydhets og bedring (Solberg et al., 2015). Mens Solberg og medarbeidere undersøkte behandling av barn uavhengig av behandlingsform, omhandler vår studie kun KAT. Det er mulig at KAT i større grad enn andre behandlingsformer har som eksplisitt mål å oppnå endring av symptomnivå, noe som kan medføre at fornøydhets naturlig har sterkere sammenheng med endringer.

Foreldres fornøydhets var sterkere og mer konsistent forbundet med utfall enn barns fornøydhets. Dette samsvarer med tidligere funn (Biering, 2010). Garland og medarbeidere (2003) fant at barns fornøydhets kun predikerte barnerapportert symptomendring, mens vi også fant sammenheng mellom barns fornøydhets og foredrerapportert symptomendring. I motsetning til studien til Garland og hennes medarbeidere var foreldrene i vår studie direkte involvert i deler av behandlingen, noe som kan forklare disse forskjellene.

Fornøydhets delforklarte symptomendring fra behandlingsstart til 1 og 3,9 år senere. I årene mellom behandlingsstart og langtidsoppfølging er behandlingen kun én av flere faktorer som påvirker utvikling av barns angst- og depresjonssymptomer. Fornøydhets forklarte imidlertid opp mot 15,5 % av symptomendringen i dette tidsrommet, et funn som viser betydningen av barne- og foredrerapportert fornøydhets. Fornøydhets var sterkere relatert til langtidseffekter (3,9 år) enn med 1 års oppfølging. Årsaken til dette kan være at mer fornøyde klienter i høyere grad brukte ferdighetene fra FRIENDS over tid, sammenlignet med mindre fornøyde deltakere. En annen mulighet er at egenskaper ved deltakerne, som positivitet, mestringsforventninger eller relasjonelle ferdigheter, predikerte grad av fornøydhets og langsiktig endring. Det er viktig å merke seg at noen av langtidseffektene av fornøydhets forsvant når vi kontrollerte for tidlig endring (fra før til umiddelbart etter behandling). Dette gjaldt imidlertid primært effektene ved 1 års oppfølging. Det kan derfor se ut som om fornøydhets henger sterkest sammen med effekter umiddelbart etter og flere år etter behandling, men at noe av effekten forsvinner en tid etter behandling.

Styrker og begrensninger ved studien

En av styrkene ved denne studien er at den ble utført i offentlig helsevern. Dette er viktig fordi mange behandlingsstudier blir kritisert for å foregå i «virkelighetsfjerne» universitetsklinikker (Kendall & Peterman, 2015). Videre er settingen studien ble gjennomført i, en viktig styrke ved studien fordi offentlig helsevern er det tjenestetilbudet flest familier benytter seg av. Dermed er resultatene relevante for den største gruppen av brukere. En annen styrke er at vi undersøkte en etterprøvd og manualbasert behandling med fornøydhets- og utfallsmål rapportert fra flere informanter (barn, foreldre, klinikere).

Studien har imidlertid også metodiske begrensninger. CSS måler fornøydhets etter angstbehandling og er således ikke et generelt mål på behandlingsfornøydhets. Modeller for fornøydhets har inkludert faktorer som tilgjengelighet og organisering av behandlingstilbudet (Biering, 2010; Brannan, Sonnichsen & Heflinger, 1996). CSS har ingen ledd som dreier seg om dette. Det ble gjennomført mange statistiske tester uten å korrigere signifikansnivået da dette er en utforskende studie. Avhen- »



Foreldres fornøydhets var sterkere og mer konsistent forbundet med utfall enn barns fornøydhets



Fornøydhet i behandling kan i seg selv indikere behandlingskvalitet, fordi klientens preferanser er sentrale i evidensbasert praksis

gighet i data (nesting) ble ikke tatt høyde for i analysene, da antallet klienter pr. behandler er noe lavt. Selv om mønsteret av manglende data vurderes å være helt tilfeldig, er det også en svakhet at omtrent en tredjedel av barna ikke fylte ut fornøydhetsskjemaet.

Implikasjoner for klinisk praksis

Fornøydhet i behandling kan i seg selv indikere behandlingskvalitet, fordi klientens preferanser er sentrale i evidensbasert praksis. Dette tydeliggjøres gjennom at pakkeforløpene i psykisk helsevern innebærer systematisk måling av fornøydhet (Helsedirektoratet, 2019). Sammenhengen mellom fornøydhet og endring i symptomer kan tyde på at intervensjoner og relasjoner i behandlingen som bidrar til fornøydhet hos barn og foreldre, også kan bidra til behandlingseffekten over tid. Kunnskap om brukerfornøydhet kan videre gi mulighet for økt innsikt i hvilke aspekter ved en behandling som bør bedres (Verbeek et al., 2001). Uavhengig av hvorvidt mål på fornøydhet har sammenheng med symptomendring, kan fornøydhetsmål ha verdi ettersom symptomkartlegging ikke fanger opp all endring i terapi. En fornøyd bruker har en mer positiv erfaring fra behandling, som kanskje bidrar til at hen søker hjelp igjen på et senere tidspunkt hvor problemene kan ha dukket opp igjen, eller hvor nye problemer har oppstått.

Implikasjoner for forskning

Der er mange ubesvarte spørsmål om hva som forklarer behandlingsfornøydhet. Selv om symptomendring forklarte en del av brukerfornøydhet, ble 70 % av variasjonen i foreldres fornøydhet og mer enn 85 % av variasjonen i barns fornøydhet *ikke* forklart av symptomendring. Garland og medarbeidere (2003) bemerket at fornøydhetsmål er en lite nyttig metode for å finne ut om behandlingen gir symptomlette. Det bør undersøkes videre hvilke andre faktorer som kan tenkes å påvirke fornøydhet. Noen faktorer er allerede funnet å ha sammenheng med grad av fornøydhet, som symptom- eller funksjonsnivå ved behandlingsstart (Solberg et al., 2015; Turchik et al., 2010). Andre relevante faktorer påvirkning på grad av fornøydhet er foreløpig lite undersøkt. Personlige egenskaper ved klienten, klientens selvkonsept, attribusjonsstil eller relasjonelle stil er faktorer som kan antas å innvirke på fornøydhet, sammen med egenskaper ved terapeuten.

KONKLUSJON

Behandlingsfornøydhet er ikke nødvendigvis en god indikator på behandlingseffekt. Fornøydhet ser imidlertid ut til å forklare noe av behandlingseffekter, også på lang sikt. Fornøydhetsmål kan derfor være et viktig bidrag for å undersøke om klientens ønsker og behov er anerkjent og fulgt, i tråd med kravene til norske psykologer om å utøve evidensbasert praksis. ✕

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. utg.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E.J., Messer, S.C., & Pickles, A. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5(4), 237–249.

- Barber, A.J., Tischler, V.A., & Healy, E. (2006). Consumer satisfaction and child behaviour problems in child and adolescent mental health services. *Journal of Child Health Care, 10*(1), 9–21. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.10.002>
- Barrett, P.M. (2008). *Friends for life (Norsk versjon)*. Innovest AS.
- Barrett, P.M., Shortt, A.L., Fox, T.L., & Wescombe, K. (2001). Examining the social validity of the FRIENDS treatment program for anxious children. *Behaviour Change, 18*(2), 63–77. <https://doi.org/10.1375/bech.18.2.63>
- Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: A critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(1), 65–72. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01505.x>
- Brannan, A.M., Sonnichsen, S.E., & Heflinger, C.A. (1996). Measuring satisfaction with children's mental health services: Validity and reliability of the satisfaction scales. *Evaluation and Program Planning, 19*(2), 131–141. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(96\)00004-3](https://doi.org/10.1016/0149-7189(96)00004-3)
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Fjermestad, K.W., Lerner, M.D., McLeod, B.D., Wergeland, G.J.H., Haugland, B.S.M., Havik, O.E., Öst, L.-G., & Silverman, W.K. (2018). Motivation and treatment credibility predict alliance in cognitive behavioral treatment for youth with anxiety disorders in community clinics. *Journal of Clinical Psychology, 73*(1), 225–231. <https://doi.org/10.1002/jclp.22551>
- Garland, A.F., Aarons, G.A., Hawley, K.M., & Hough, R.L. (2003). Relationship of youth satisfaction with mental health services and changes in symptoms and functioning. *Psychiatric Services, 54*(11), 1544–1546. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.11.1544>
- Garland, A.F., Haine, R.A., & Boxmeyer, C.L. (2007). Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy. *Evaluation and Program Planning, 30*(1), 45–54. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2006.10.003>
- Helsedirektoratet (2019). *Psykiske lidelser – Barn og unge*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge>
- James, A.C., James, G., Cowdrey, F.A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004690.pub4>
- Kaplan, S., Busner, J., Chibnall, J., & Kang, G. (2001). Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatric Services, 52*(2), 202–206. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.2.202>
- Kendall, P.C., & Peterman, J.S. (2015). CBT for adolescents with anxiety: Mature yet still developing. *American Journal of Psychiatry, 172*(6), 519–530. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14081061>
- Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L.G., Bjaastad, J.F., Haugland, B.S. M., Havik, O.E., Heiervang, E.R., & Wergeland, G.J. (2018). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 53*, 58–67. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.11.003>
- Kuo, E.S., Stoep, A.V., & Stewart, D.G. (2005). Using the Short Mood and Feelings Questionnaire to detect depression in detained adolescents. *Assessment, 12*(4), 374–383. <https://doi.org/10.1177/1073191105279984>
- Lyneham, H.J., Abbott, M.J., & Rapee, R.M. (2007). Interrater reliability of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent version. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(6), 731–736. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180465a09>
- Norsk psykologforening (2007). *Evidensbasert praksis*. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis>
- Silverman, W., & Albano, A. (1996). *The anxiety disorders interview schedule for children (ADIS-C/P)*. Psychological Corporation.
- Silverman, W.K., Saavedra, L.M., & Pina, A.A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(8), 937–944. <https://doi.org/10.1097/00004583-200108000-00016>
- Solberg, C., Larsson, B., & Jozefiak, T. (2015). Consumer satisfaction with the Child and Adolescent Mental Health Service and its association with treatment outcome: A 3–4-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry, 69*(3), 224–232. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.971869>
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*(5), 545–566. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5)
- Spence, S.H., Barrett, P.M., & Turner, C.M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(6), 605–625. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00236-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00236-0)
- Turchik, J.A., Karpenko, V., Ogles, B.M., Demireva, P., & Probst, D.R. (2010). Parent and adolescent satisfaction with mental health services: Does it relate to youth diagnosis, age, gender, or treatment outcome? *Community Mental Health Journal, 46*(3), 282–288. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9293-5>
- Verbeek, J., van Dijk, F., Räsänen, K., Piirainen, H., Kankaanpää, E., & Hulshof, C. (2001). Consumer satisfaction with occupational health services: should it be measured? *Occupational and Environmental Medicine, 58*(4), 272–278. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.58.4.272>
- Wergeland, G.J.H., Fjermestad, K.W., Marin, C.E., Haugland, B.S.M., Bjaastad, J.F., Oeding, K., Bjelland, I., Silverman, W.K., Öst, L.G., Havik, O.E. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy, 57*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.007>

Sosiale forventninger driver lykkefølelsen

Hva er det gode liv? En ny studie tyder på at en del av svaret ligger i hvilke forventninger man har til fremtiden: Står det vennlige møter for tur, eller vil jeg bare bli avvist og ekskludert nok en gang?

TEKST

Hallgeir Sjøstad, psykolog og førsteamanuensis ved NHH

MENNESKET ER ET FLOKKDYR. Biologisk sett har vi store fellestrekk med andre arter, men vi skiller oss ut ved vår *sosiale* kompetanse og avhengighet. Folk fra hele verden har det til felles at det oppleves som belønnende i seg selv å være del av gode relasjoner: Det føles godt å høre til, og det gjør vondt å stå utenfor.

Samtidig er det ingen motsetning mellom sosial forankring og individuell autonomi – de fleste av oss trenger begge deler. Det sentrale poenget er hvorvidt *kvaliteten* på de båndene man har til andre mennesker, er god og gjensidig. At det er *noen* der som er tilgjengelig ved behov – der man kan dele både gleder og sorger, hjelpe hverandre og ha det gøy sammen. Ja, psykologisk forskning tyder på at sosial tilhørighet er den enkeltfaktoren som har størst betydning for opplevelsen av lykke og livskvalitet, bare overgått av genetiske disposisjoner. I motsatt ende av skalaen har ensomhet og ekskludering sterk sammenheng med lav livskvalitet, tap av mening og depressive symptomer. Filosofen Francis Bacon oppsummerte det slik: «Friendship doubles joy and cuts grief in half.»

NY FORSKNING

Hvordan kan man så forklare disse effektene? I en vitenskapelig artikkel som nylig ble publisert i tidsskriftet *Self and Identity*, var jeg del av en forskningsgruppe som så nærmere på betydningen av forventninger. Kanskje handler ikke sosial ekskludering bare om hvordan man har det akkurat nå, men også om fortsettelsen og fremtiden? Kanskje handler ikke den etterlengtede sommerferien bare om hvordan det oppleves der og da, men også om det å kunne glede seg i forkant og mimre tilbake i ettertid?

Ved å kombinere en tradisjonell spørreundersøkelse med eksperimentet som metode kunne vi si noe både om korrelasjon og kausalitet (årsak-virkning). Et utvalg på 700 personer svarte først på en etablert skala for sosial tilhørighet, og ble så tilfeldig fordelt til en betingelse enten for inkludering eller ekskludering, i form av en aktiv forestillingsøvelse. I etterkant målte vi hvilke sosiale forventninger de hadde til ukene som stod for tur, før alle deltagerne rangerte sitt generelle lykkenivå på en svarskala fra 0 til 10.

SOSIALE FORVENTNINGER

Det første funnet fra korrelasjonsanalysen var at de som i utgangspunktet rapporterte sterk sosial tilhørighet, også følte seg lykkeligere enn de som rapporterte svak tilhørighet, godt i tråd med tidligere forskning. Resultatene fra selve eksperimentet var mer oppsiktsvekkende: Endringer i sosiale forventninger til *fremtiden* spilte en nøkkelrolle. Deltagerne som hadde blitt eksponert for sosial ekskludering, rangerte sitt generelle lykkenivå som lavere enn deltagerne som hadde blitt inkludert, men en statistisk medieringsanalyse viste at denne effekten lot seg forklare av en tilsvarende endring i forventninger. Dette betyr at en kortvarig opplevelse av sosial ekskludering gjorde at deltagerne også trodde at sjansen var høyere for å oppleve reell avvistning i ukene som stod for tur, og at denne forventningen var forbundet med et lavere lykkenivå i nåtid.

I tråd med den såkalte *tilgjengelighetsheuristikken* fra beslutningspsykologien, der man vurderer sannsynligheter ut fra spontan tilgjengelighet i arbeidshukommelsen, forstår vi den underliggende mekanismen som at det er enklere å mentalt simulere en fremtid som ligner

SKRIV I «OPPSUMMERT»

Ny psykologisk innsikt?

Betydningsfulle forskningsfunn?

Nettopp disputert?

Ta kontakt:

redaksjonen@
psykologtidsskriftet.no

EN DEL AV GJENGEN Psykologisk forskning tyder på at sosial tilhørighet er den enkeltfaktoren som har størst betydning for opplevelsen av lykke og livskvalitet, bare overgått av genetiske disposisjoner. Foto: Library of Congress



på fortid og nåtid, enn å se for seg noe helt annet. Innenfor klinisk psykologi kan man dra paralleller til betydningen av kjerneantagelser og fremtidshåp i kognitive terapiformer, og indre arbeidsmodeller for tilknytning og interpersonelle samspillmønstre i relasjonell psykoterapi. På samfunnsnivå kan det tenkes at sosioøkonomiske forskjeller mellom fattig og rik i subjektiv livskvalitet, der fattige kommer dårligere ut på de fleste utfallsmål, kan ha en lignende kobling til usikkerhet og engstelse for en ensom fremtid.

FREMTIDEN BEGYNNER NÅ

Totalt sett kan resultatene tyde på at de beste og verste ting ikke bare oppstår i situasjonen her og nå, men også kommer av hva vi tror om fortsettelsen. Eller sagt annerledes: Følelser av lykke og livskvalitet handler ikke bare om hvor vi er, men også om hvor vi er på vei. De som opplever høy grad av sosial tilhørighet, får en dobbel gevinst: De har det bedre i nåtid, og de ser lysere på fremtiden. De som står utenfor, får en dobbel kostnad.

Fra individ til samfunn, innenfor og utenfor terapirommet, har det dermed stor betydning hvilken fremtid vi kan skape for oss selv og hverandre – for effektene av hvilke *forventninger* vi har til denne fremtiden, de inntre allerede nå. ✘



Resultatene fra selve eksperimentet var mer oppsiktsvekkende: Endringer i sosiale forventninger til *fremtiden* spilte en nøkkelrolle

Om studien

- 709 voksne personer fra et nettbasert panel i USA deltok i studien.
- Sosial tilhørighet hadde sterk sammenheng med subjektiv livskvalitet.
- Sosial ekskludering ledet til reduksjon i generell lykke, som blir drevet av en forventning om gjentatt ekskludering.
- Følelser av lykke og livskvalitet kan handle om forventninger til fremtiden.

Sjåstad, H., Zhang, M., Espegren Masvie, A., & Baumeister, R.F. (2020). Social exclusion reduces happiness by creating expectations of future rejection. Self and Identity, 1-10.

Fra arkivet: 2004

Skam og selvfølelse

I møte med mennesker med psykiske lidelser vil skam, til tross for sin almenngyldighet, ikke alltid være lett å identifisere. Klienter unngår ofte å snakke om skam. De siste tretti årene er skam i økende grad kommet i fokus i klinisk sammenheng (Berg & Lauvrak, 1997; Broucek, 1982; Claesson & Sohlberg, 2002; Lewis, 1971; Morrison, 1989). I denne artikkelen skiller det ikke begrepsmessig mellom affekt, emosjon og følelse (jf. Basch, 1976). For Freud (1914) var skam særlig knyttet til superegobegrepet og affektene var driftsderivater. I egopsykologien sees skam som svikt i forhold til et egoideal (Lynd, 1958). I følge selvpsykologien oppstår skam når selvorganiseringen trues av sterk grandiositet (Kohut, 1971). Enkelte kognitive teorier legger stor vekt på en sentral, generell aktivisering som fortolkes til ulike følelseskvaliteter (f.eks. Schachter & Singer, 1962). Tomkins affektteori (1962, 1963) skiller seg fra de nevnte teoriene ved at den muliggjør en forståelse av affektene *uavhengig* av driftsderivat, strukturmodeller og kognitive fortolkninger. Affektene sees i stedet som medfødte, nevralt (subkortikalt) atskilte opplevelseskvaliteter. Flere studier støtter disse synspunktene (bl.a. Ekman, Levenson, & Friesen, 1983). Tomkins beskriver ni grunnaffekter, seks negative: frykt, tristhet, sinne, avsky, forakt og skam, og to positive: interesse og glede. Overraskelse («startle») kommer i en nøytral mellomposisjon.

Skam inntar en spesiell posisjon i affektteorien og opptrer som en tilleggs mekanisme for de to positive affektene interesse og glede. Den oppstår etter at vi har lagt tilstrekkelig interesse og glede i noe, og disse positive affektene delvis blir hindret. Et eksempel er når noen vi liker snur seg bort mens vi snakker med dem. Kilden til positiv affekt vil fremdeles være tilstede, og muligheten for positiv affekt blir bare delvis hindret. I motsatt fall, når kilden til positiv affekt fjernes fullstendig, eksempelvis når en telefonsamtale med en vi liker å snakke med brytes av tekniske årsaker, er det lite sannsynlig at skam utløses.

Skamaffektens adaptive funksjon er bl.a. å dempe interesse og glede, som uten begrensninger kan innebære fare for oss selv eller andre. Den beskytter privatsfærens

grenser (Lewis, 1971) og kan hindre en altfor åpen og selvavslørende kontakt overfor fremmede personer. Det motsatte kan oppfattes som skamløshet. Den brukes (og misbrukes) i sosialiseringen; vi skal skamme oss hvis vi ikke innordner oss. Janteloven er et ekstremt uttrykk for dette.

Måling av skam

Det er to hovedtilnærminger i måling av skam. Den ene er trekk mål som måler skam ut fra globale selvvurderinger som avspeiler personlighetstrekk. Et eksempel på trekk mål er Harders (1987) Personal Feelings Questionnaire (PFQ2), som måler skam ut fra responser på affektladete adjektiver. Den andre er tilstandsmål, der skam måles ut fra beskrivelser av hypotetiske situasjoner hvor alle, i større eller mindre grad, kan oppleve skam. Eksempler er Johnsons (1987) Dimensions of Conscience Questionnaire (DCQ) og Tangneys (1990) Self-Conscious Affect and Attribution Inventory (SCAAI). Tilstandsmål og trekk mål er vanligvis lavt korrelerte med hverandre (Goss, Gilbert & Allan, 1993). Trekk mål korrelerer generelt høyere med psykopatologi enn tilstandsmål (Cook, 1994) og har derfor større klinisk relevans.

Fra Geir Bergs og Ståle Pallesens fagartikkel «Skam og selvfølelse: Teoretiske aspekter og psyko-metriske egenskaper ved en norsk versjon av Internalisert skam-skala», publisert i mai 2004.

Skamaffektens adaptive funksjon er bl.a. å dempe interesse og glede, som uten begrensninger kan innebære fare for oss selv eller andre

Meninger



ILLUSTRASJON: SHUTTERSTOCK

Nyttig skam

Det har vært nyttig for mennesker å ha en affekt som bremser andre affekter, som omgivelsene ikke tillater, skriver Aksel Inge Sinding. Han mener Zemir Popovacs definisjon av skam står i kontrast til det mange fagfolk legger i begrepet.

Følg debatten på side 764 og 770.



Diagnosen ikke viktigst: Det som kjennetegner personen vi har foran oss, er viktigere enn diagnosen.

Åste Herheim, side 778.

Send innlegg til meninger@psykologtidsskriftet.no. Frist er den 10. i hver måned.

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten. Vi ønsker debatt om aktuelle samfunnstemaer, om behandlingsmetoder, ideologi, fagetikk, utdanning, helsepolitikk og lønns- og fagpolitiske spørsmål. Her kan du starte viktige debatter eller svare på innlegg i tidligere utgaver.

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder. Vi ønsker innlegg som er sendt eksklusivt til oss.

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDINNLEGG

Hovedinnlegg i Psykologtidsskriftet er en kronikk om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier. Psykologtidsskriftet inngår avtale med. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.



Skam nyansert

Det er unektelig mange mennesker der ute som har et problematisk forhold til skam. Men betyr dette at all skam er negativ?

I AUGUSTUTGAVEN av Psykologtidsskriftet gir Zemir Popovac uttrykk for at det er problematisk at noen psykologer fortsatt hevder at det er noe positivt ved skam. Skam slik Popovac definerer det, er noe av det vondeste og mest ødeleggende et menneske kan kjenne på. Det er en intens, smertefull opplevelse, og er noe av det vanligste og vanskeligste vi jobber med i terapi. Det driver ensomhet og isolasjon. Det tar glede. Det tar initiativ. Det tar liv.

I teksten definerer Popovac skam slik: «Skam er meg som mister verdi, selvet som mister selvkjærlighet. Det er meg det er noe galt med, det er meg som er uelskelig. Skam er kollaps i selvmedfølelsen og tap av kontakt med gode indre objekter» og at det er «en psykologisk voldshandling». Denne forståelsen av skam er et sentralt premiss for hele argumentasjonen som følger, og bygger på Popovacs teoretiske rammeverk, som blant annet er psykodynamisk teori og ISTDP. Det er vanskelig å være uenig i at slik skam er negativt, og jeg håper og tror det er få fagfolk der ute som ser på dette som positivt eller hjelpsomt.

Popovacs definisjon står imidlertid i kontrast til det mange andre fagfolk, inkludert

meg selv, legger i begrepet skam. Definisjonen beskriver heller det vi i andre teoretiske rammeverk refererer til som *giftig, problematisk, maladaptiv, «hvit»* eller *destruktiv* skam (Brown, 2010; Greenberg, 2016; Nathanson, 1994; Sørensen, 2013). Skam anses da som et større fenomen, der vi også har mildere former for skam, som *sunn, uproblematisk, mild, adaptiv skam* eller *signalskam*. Den destruktive skammen regnes som skam som ikke har blitt håndtert, rommet eller lindret, der individet ikke har fått møtt sine behov for aksept, inkludering, bekreftelse og anerkjennelse.

Popovacs definisjon rettferdiggjøres delvis ved at han tar utgangspunkt i fenomenologisk utforskning, empatisk innlevelse og introspeksjon rundt hvordan det oppleves for individet, og ikke i litteratur eller hva andre har sagt om skam. Men hva som er kategorisert som skam i denne analysen, og ordene som beskrivelsen består av, er helt tydelig preget av Popovacs faglige rammeverk.

Teksten bærer dermed preg av stråmannsargumentasjon: «Dette er skam og det er bare negativt. Andre psykologer har et problematisk forhold til skam fordi de tror det er noe



TEKST Aksel Inge Sinding, psykolog, Institutt for psykologisk rådgivning Oslo

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

**SKAMMENS
FUNKSJON**



positivt med *dette*.» Men psykologene er ikke enige i denne forståelsen av skam, som er et hovedpremiss for diskusjonen som følger. Artikkelen blir dermed ikke en redegjørelse for hvorvidt skam er positivt eller negativt. Den blir en utgreiing av hvordan man forstår skam i forfatterens teoretiske rammeverk.

Jeg mener ikke at det er et behov for å *revidere* skam, slik artikkelforfatteren forsøker å gjøre. Jeg ser imidlertid behovet for å *nyansere*. Herfra og ut vil jeg redegjøre for hvordan vi i emosjons- og affektforskningen, og dels evolusjonspsykologien, anser skam som et større fenomen, som både har positive og alvorlige negative sider. Utgreiingen er basert på litteratur fra tiår med grunnleggende forskning på affekt, følelser, emosjoner, nevrologi og skam (Buss, 2017; LeDoux, 1996; Nathanson, 1994; Panksepp, 1986; Tomkins, 1962; 1963).

AFFEKTER, FØLELSER OG EMOSJONER

I forskning på følelser skiller vi mellom affekt, følelser og emosjoner. Affekter er medfødte programmer vi ser i alle mennesker, som lynraskt reagerer ut fra hva som skjer rundt oss, og påvirker kroppens fysiologiske aktivering. Et eksempel er når vi holder på med noe, og plutselig hører en høy lyd, kjenner affekten overraskelse, som raskt tar fokuset vårt vekk fra hva vi holdt på ,med og retter oppmerksomheten vår mot stedet vi oppfattet at lyden kom fra. Eller at vi utsettes for kontinuerlig vedvarende plagsomme stimuli med lav intensitet, som verkende smerte eller sutring fra barn, og kjenner affekten uro/fortvilelse, som får oss til å ville gjøre noe for å få det bort.

Følelser derimot, er individets subjektive opplevelse og meningsdannelse av affekt. I eksemplene ovenfor vil følelsen av overraskelse være en opplevelse av at «den høye lyden som kom der borte fra, skremte meg». Følelsen av ubehag vil være en opplevelse av at «jeg liker ikke denne smerten og vil ha den bort», eller «sutringen er irriterende, og jeg må finne en måte å stoppe det på». Hvordan vi opplever og skaper mening av våre affekter, vil være preget av omgivelser, kultur, erfaringer og oppfatninger av verden.

Emosjoner er din bibliografi av opplevelser med affekter og følelser. Dine emosjoner er preget av alle dine erfaringer, minner og opplevelser gjennom ditt liv, i din person, i din familie, i dine omgivelser og i din kultur. Affekt og følelser kan alltid trigge emosjoner. Hvis du opplever en affekt i nåtid, vil din påfølgende reaksjon påvirkes av dine opplevelser i fortid. Hvis man står overfor en skremmende hund og blir redd (affekt/følelse), vil en som har mange erfaringer med å være redd og ubeskyttet, kunne bli reddere med høyere intensitet og lengre varighet enn en som har mange erfaringer med å være trygg, beskyttet og ha mestret frykt.

VÅR ENESTE AFFEKTIVE BREMS

I affektforskning anses skam som en grunnleggende affekt som er der lenge før du i det hele tatt har et selv. Skam er en medfødt biologisk brems, som er der for å bremse positive affekter når de ikke matches fra omgivelsene. Hvis jeg er et barn og undersøker engasjert hvor mye lyd en vase vil lage hvis jeg dytter den ned trappen, og moren min roper «NEI!», så vil jeg umiddelbart oppleve affekten overraskelse av den høye lyden, før jeg opplever affekten skam som bremser min iver og mitt engasjement. Den bremser meg i å overskride omgivelsenes forventninger, *selv om jeg fortsatt er interessert*. Merk at dette da ikke er et angrep på

en selv, selvkollaps eller en følelse av verdiløshet. Det er en smertefull affektiv brems, som raskt bremser din interesse og engasjement, og får deg til å stoppe opp. Ingen av de andre affektene er funnet å bremse fysiologisk aktivering slik skamaffekt gjør.

Skamaffekt bremser andre affekter og følelser ved at blodårer utvider seg i nakken, kinnene (rødming) og i hjernen. Man kjenner også gjerne smerte i mellomgulvet og magen, bøyer overkroppen, synker sammen og får lyst til å senke hodet. Utvidelsen av blodårer i hjernen antas å bidra til det «kognitive sjokket», der man brått mister tråden, blir selvbevisst og midlertidig forvirret. Hvis du er engasjert og holder et foredrag, men plutselig ser et kritisk ansikt, kan skamaffekt gjøre at du brått mister munn og mæle, blir pinlig selvbevisst og strever med å finne ordene. Du blir selvbevisst og må håndtere skammen for å kunne fortsette. Denne affektbremsen minner om det Popovac i sin artikkel heller kaller for signalangst, et begrep utviklet av Freud.

Et typisk eksempel på affekten skam for en voksen vil kunne være at du ser et tiltrekkende menneske, blir interessert og ivrig etter å være nær det mennesket og nærmer deg det. Men så ser mennesket på deg med et likegyldig ansikt, som ikke passer til din iver. Du kjenner affekten skam-ydmykelse, blir brått selvbevisst, rødmer og går en annen vei. Skammen bremser din lyst til å nærme deg den andre, selv om du fortsatt er interessert. Skammen beskytter mot avvisning, men det er ikke den andre som har «påført deg skammen», en selvkollaps eller følelse av verdiløshet, så lenge det rommes.

NYTTEN VED EN AFFEKTIV BREMS

Det har vært nyttig for mennesker å ha en affekt som bremser andre affekter når omgivelsene ikke tillater det. Det er en opplevelse av brått å bli selvbevisst, bli oppmerksom på sosial fare og bli tvunget til å evaluere deg selv opp mot hva omgivelsene forventer av deg. Det hjelper oss med å sette våre egne interesser til side, for å heller tilpasse oss et større fellesskap. Det er som regel denne faglige forståelsen av skam som ligger til grunn for å hevde at det er noe positivt ved skam.

Skammen hjelper oss med å navigere i omgivelsene uten å bli «for mye» eller «ta over». Den gir et smertefullt signal når vårt driv, vår interesse og vårt positive engasjement ikke står i stil til responsen fra omgivelsene. Selv om følelsen er vond og oppleves negativt for individet, kan den være positiv for overlevelse. Mennesker som har hatt evnen til å kjenne slik skam, har overlevd og reprodusert seg i større grad enn den som ikke kjenner noe av den. Gjennom evolusjon er skam blitt en naturlig del av et menneskes liv, en del som dessverre også kan være veldig, veldig vond. Min egen opplevelse er at jeg kan kjenne skam langs et spekter av ulik intensitet. Noen ganger kan den være mild og korrigerende, få meg til å stoppe opp, evaluere meg selv og endre retning, uten at det er uoverkommelig eller destruktivt. Men jeg kan også oppleve destruktiv, giftig og lammende skam som kun er negativ.

Det kan diskuteres hva vi legger i ordene *positivt* og *negativt* når vi vurderer skam. Et barn som vokser opp i et hjem preget av forakt, kritikk og fiendtlighet, vil kunne kjenne destruktiv skam. Denne skammen er et resultat av andres handlinger og vonde levevilkår, og vil oppleves svært negativt for barnet. Skammen vil imidlertid kunne føre til at barnet underkaster seg, unngår konflikt og ikke står opp mot de som er større, sterkere og er ment å beskytte. Selv om skammen ikke er en positiv følel-



Den destruktive skammen regnes som skam som ikke har blitt håndtert, rommet eller lindret





Jeg synes det er urimelig å anta at ulike fagpersoners forskjellige forståelser av akademiske begreper skal si noe om fagpersonenes indre følelsesliv

sesmessig opplevelse, har det altså en potensielt positiv og beskyttende funksjon på det aktuelle tidspunktet. Hvis barnet ble sint og tok igjen, kunne det ført til enda mer kritikk og forakt. Ideelt sett skulle barnet kanskje kjent både sinne og selvmedfølelse, men omgivelsene legger ikke til rette verken for at barnet har lært dette eller kan uttrykke det. Senere vil skammen imidlertid kunne bli enda mer problematisk, hvis det fortsetter når omgivelsene ikke lenger er utrygge. Det som en gang var nyttig, er ikke lenger hjelpsomt.

EMPATI, SKYLD OG POSITIVE FØLELSER

Popovac skriver at vi ikke trenger skam til å korrigere eller tilpasse oss, og at vi bedre kan navigere ved hjelp av andre mekanismer som empati, skyld og positive følelser. Jeg liker måten han uttrykker seg på. Det lyder unektelig bedre som forklaring at jeg unngår å klå på en som ikke er interessert i meg, fordi jeg føler empati og forståelse for den andre, enn at skammen stopper meg! Men dette passer ikke så bra med grunnleggende nevrologisk og fysiologisk forskning på affektsystemet, empati, skyld og positive følelser.

Når det gjelder empati, så defineres dette i følelsesforskning gjerne som evnen til å kunne *forstå og dele andres følelser*. Men selv om du forstår og føler medfølelse, vil du fortsatt trenge en intrapsykisk brems for å kunne legge egne interesser, egen iver og eget engasjement til side til fordel for den andre. Positive følelser og skam har vidt forskjellige fysiologiske oppgaver. Evnen til empati og til å forstå andres følelser utvikles og finjusteres dessuten vesentlig senere nevrologisk enn skamaffekt, som antas å være medfødt. For en voksen person kunne man si rent ordmessig at man bruker empati for å ikke «tråkke i salaten», men utviklingsmessig er skamaffekt en affektiv brems som er der lenge før mennesket kan sies å ha kapasitet til å bruke empati på den måten.

Affektforskningen ser ikke på skyld og skam som helt separate fenomener. Den ser på skam som den grunnleggende affekten og skyld som en variant av denne. Tomkins viser til nevrologisk forskning på hjernen og hva som aktiveres, og observerer skyld som skam iblandet frykt for å miste en viktig relasjon. En teori går på at man rødmer ved skam (grunnet blodårer som utvides i ansiktet, men også i nakken og i hjernen), men at man ikke rødmer ved skyld nettopp fordi affekten frykt fjerner blod fra hodet. Der skam er rettet mot noe kollektivt eller en gruppe, er skyld rettet mot en spesifikk relasjon. Eller som Paul Gilbert ville sagt: Skam handler om konkurranse, status og posisjon. Skyld handler om tilknytning, men har mange elementer av det samme.

NÅR SKAM BLIR DESTRUKTIV

Ettersom skam er den eneste affekten som gjør deg selvbevisst, blir affekten senere uunngåelig koblet til selvet. Skam går fra å være en nøytral brems til å bli opplevelser av at det er noe galt med meg, eller at jeg ikke passer inn i omgivelsene. Det er slik skam kan vokse og bli så stort og vondt. Hvis du har mange opplevelser av at dine følelser og initiativ ikke matcher omgivelsene, for eksempel gjennom kritikk, ydmykelse, forakt, manglende forståelse eller straff, vil du uunngåelig tolke av affekten skam som at det er noe galt med deg, og at du ikke har verdi (*følelsen* skam). Hvordan du rommer og skaper mening av skam, er igjen preget av dine erfaringer med denne følelsen.

Selv en veldig skamfull person skal kunne kjenne affekten skam (sunn/adaptiv/mild/signalskam) som en brems uten at det fører til selvkollaps. Men jo flere vonde opplevelser du har knyttet til skam, jo kortere er veien. Til slutt kan kun det at en annen ikke matcher din interesse i en samtale, trigge en større opplevelse av at «jeg er verdiløs». Eller til og med at du skammer deg så snart du kjenner en positiv følelse, som for eksempel ved å få ros. Destruktiv skam er en forlengelse av adaptiv skam («signalangst») som ikke har blitt rommet. Nevrologiske studier finner den samme aktiveringen og kroppslige responsen i både affekten skam og i den destruktive emosjonen skam. Dette er et argument for at dette er opplevelser som deler fysiologisk grunnlag og opprinnelse, og at det ikke er to vidt forskjellige ting som trenger forskjellige benevnelser.

ANGSTEN FOR Å GI SLIPP PÅ SIN DEFINISJON AV SKAM

Popovac skriver: «Så lenge vi tvivler på positive oppfatninger av skammens funksjoner, har vi et problematisk forhold til den», og at de som hevder at det er noe positivt ved skam, har angst for å gi slipp på skammen. Med dette grepet blir artikkelen nesten gjort uangriplelig: Du bør være enig i at skam bare er negativt, for hvis du er uenig, så har du et problem med skam som du ikke skjønner og ikke har løsrevet deg fra. Men jeg er ikke uenig i at den skammen Popovac beskriver, bare er negativ. Jeg er uenig i forståelsen av hva skam er som et helhetlig fenomen. Jeg synes det er urimelig å anta at ulike fagpersoners forskjellige forståelser av akademiske begreper skal si noe om fagpersonenes indre følelsesliv. Ironisk nok kan en påstand om andre psykologers problematiske forhold til følelser også trigge affekten skam og bremse interesse og engasjement i gitte faglige diskusjoner, i hvert fall ut fra mitt rammeverk. ✕

REFERANSER

- Brown, B. (2010). *The Gifts of Imperfection: let Go of Who You Think You're Supposed to Be and Embrace Who You Are*. Hazelden Publishing.
- Buss, D. (2017). *Evolutionary Psychology: The New Science of the Mind*. Taylor & Francis Ltd.
- LeDoux, J.E. (1996). *The emotional brain*. Simon & Schuster.
- Greenberg, L.S. (2016). *Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association.
- Nathanson, D. (1994). *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self*. W. W. Norton & Company Inc.
- Panksepp, J. (1986). The anatomy of emotions. I Plutchik, R. (red.), *Emotion: Theory, research and experience: Vol. 3. Biological foundations of emotions* (s. 91–124). Academic Press.
- Sørensen, L.J. (2013). *Skam – medfødt og tillært*. Hans Reitzels forlag.
- Tomkins, S. (1962). *Affect Imagery Consciousness. Vol. I: The positive affects*. Springer.
- Tomkins, S. (1963). *Affect Imagery Consciousness. Vol. II: The negative affects*. Springer.

Debattert

Feedback-verktøy

Virker det nå? spurte Tomas Formo Langkaas i septemberutgaven av Psykologtidsskriftet. Han hevdet at tilbakemeldingsverktøy baserer seg på et sviktende premiss om at det er mulig å følge med på om behandlingen faktisk virker.

Tomas Formo Langkaas har skrevet et særdeles godt og viktig fagessay i septembernummeret av Tidsskriftet som burde inngå på pensum både i grunn- og spesialistutdanningen for psykologer. Les og bli klok!

Joar Øveraas Halvorsen i Facebook-gruppa Psykologer

Hverken feedback eller RCT gir oss svar på virkning på individnivå. Feedback (KOR/FIT) har derfor aldri vært ment brukt for å fastslå virkning men å være utgangspunkt for samtaler om hva og hvordan en skal arbeide sammen. Det er i samtalen en kan nærme seg hva som erfares som hjelpsomt av pasienten.

Rolf Sundet i Facebook-gruppa Psykologer

Det er viktig å lære om forskjellen mellom årsak og effekt. Med det sagt så er det vel så viktig å forstå at vitenskap alltid er en forenkling av en kompleks virkelighet og at vitenskapen har en rekke svakheter som gjør at den aldri kan fungere som et utvetydig korrektiv til praksis. Det er også viktig å lære om alle farene som er knyttet til en naiv vitenskapsforståelse med historiske eksempler. Det er dessuten viktig å lære at det å spørre pasienten ikke bare er et middel, men et mål i seg selv.

Henrik Berg i Facebook-gruppa Psykologer

Jeg husker en samtale der klienten mente at jeg forventet at hun skulle skåre alliansen vår høyere for hver time. Handlet om angst for avvisning i hennes tilfelle. Men det var bare tilfeldig at jeg fanget det opp og vi kunne tematisere det. Men jeg er usikker om det førte til vekst. Hun ble tydeligere da: ba meg slutte med disse skjemaene.

Christina Holmen i Facebook-gruppa Psykologer



TIDLIG SKAM Skam er en beskyttelse mot brudd i relasjonen til den viktige andre, skriver Jan Sunder Halvorsen. Foto: Kniel Synnatzschke / NTB Scanpix

Skam, psykologi og ontologi

Fra et utviklingsperspektiv er skam en nødvendig del av barnets selvutvikling.



TEKST Jan Sunder Halvorsen, lege, spesialist i barnepsykiatri

SKAMMENS FUNKSJON

I PSYKOLOGTIDSSKRIFTETs augustnummer tar Zemir Popovac et oppgjør med den såkalte positive skammen. Han mener at fagfolk i sin forståelse av skam tviholder på en følelse som fører til en opplevelse av verdiløshet. Innlegget er en oppfordring til å legge bort den positive holdningen til skam og se den som en psykologisk voldshandling. Etter hans oppfatning har empati og respekt den samme sosiale reguleringsfunksjon.

Blikket til Zemir Popovac er ensidig rettet mot skam som en destruktiv kraft. Som kliniker arbeider jeg med komorbide ruslidelser der 80 prosent av pasientene har utviklings-traumer. Jeg er vel kjent med hvor smertefullt

det er å møte mennesker nedbrutt i skam. I min respons til Popovac vil jeg nyansere forståelsen av skam og belyse at den fra et utviklingsperspektiv er nødvendig i barnets selvutvikling. Videre hevder jeg at den negative skammen er kjernen i en rekke psykiske lidelser og ofte blir oversett i psykiatrien. I dagens fenomenologi er det også en ontologisk side av skam som vil bli berørt. Den åpner mot et utvidet rom i forståelsen av bevissthet og selvutvikling.

SKAMMENS RØTTER

Skam som følelse er helt spesiell, den retter seg mot vårt indre og har en evaluerende funksjon for selvet. Skammen kommer fram når vi blir

sett av den andre i situasjoner der vi har brutt ut av den psykologiske formen vi har lært å holde oss innenfor. Vi har ikke gjort feil i skam, vi er feil. I det perspektivet er det en moralsk følelse. Skam blir et mål på vår verdi. I verste fall kan vi ende opp med et verdiløst selv, det Bradshaw kaller toksisk skam. Den kan også utløses fra innsiden uten den andres blikk. Den internaliserte andre trigger skamfølelsen.

Michael Lewis mener skamfølelsen krever et kognitivt utviklingsnivå. Vi må være i stand til å evaluere selvet. Det var lenge den rådende forståelsen av skammen, en kompleks, eller sekundær, emosjon.

Ifølge Allan Schore er ikke skam avhengig av et reflekterende selv. Han mener skam kommer inn i det relasjonelle feltet rundt 14 måneders alder, det vil si at den dukker opp i overgangen mellom Mahlers praktiserings- og *rapprochement*-fase. I den fasen møtes ikke lenger barnet overveiende bekreftende, som ved 10 måneder, det begynner å få grenser. De uttrykkes gjennom morens ansikt. Som frustrert er mor en fremmed person. Den kjente er borte. Det er tryggere for barnet.

Skamfølelsen utløses av bruddet på tilknytningsbåndet. Morens utfordring er nå å sosialisere barnet. Fra et overveiende narsissistisk selv guides det inn i å bli del av et større sosialt felt, ut av den «ytre livmoren». Schore beskriver det som en «rapid transition from a pre-existing high arousal hedonistic state to a low arousal negative hedonic state». Det er en implosjon av det implisitte selv. Tilværelsen overrumpler barnet med sine begrensninger, både behovsmessig og fysisk. Fra lystfylt høyenergetisk sympatisk aktivering i tilknytningsmodus kastes barnet ned i et lavenergetisk parasympatisk modus, uttrykt gjennom ansikt og en typisk kroppsholdning, det krympes.

Skamreaksjonen er en instinktiv reaksjon i det autonome nervesystemet vi har med oss helt fra reptilstadiet. Den er 400 millioner år gammel. Naturen har ikke bevart den uten grunn. Skam er en beskyttelse mot brudd i relasjonen til den viktige andre. Den får en livsbevarende funksjon gjennom non-verbalt å signalisere til omgivelsene behovet for gjenopprettelse av tilknytningsbåndet.

Gjennom fenomenologien er forståelsen av skammens røtter radikalt forandret. Den er ikke lenger begrenset til sosialiseringssessen, men har i tillegg ontologiske røtter.

Luna Dolezal diskuterer skammens sentrale rolle i selvets utvikling. Hun tar utgangspunkt i Sartres ontologiske beskrivelse av ren skam og Martha Nussbaums begrep primitiv skam. Skam som en ontologisk dimensjon er avgjørende for å fungere intersubjektivt.

Primitiv skam hos Nussbaum er et signal barnet kommuniserer i den tidligste perioden av hjelpeløshet og kroppslig sårbarhet. Det er en kroppslig reaksjon knyttet til frustrasjon og frykt når kontakten med viktige andre oppleves truet. Primitiv skam er ingen affekt, den kommuniserer kroppslig den grunnleggende betydningen av det intersubjektive feltet som en forutsetning for selvutvikling. Gjennom pre-refleksiv bevissthet uttrykker barnet hvor utsatt det kjenner seg i sin totale avhengighet. Pre-refleksiv bevissthet oppfattes som en grunnleggende bevissthetstilstand og ligger implisitt i bakgrunnen for all opplevelse. Den er ikke bevissthet om noe, et objekt, men en måte å være i verden på, et ontologisk fundament.

Rochat kaller det tidlige relasjonelle feltet *co-awareness*. Kontakten er pre-refleksivt organismisk gitt gjennom å kjenne den andre, et kroppslig sanselig fenomen. Den første tilstedeværelse i verden er ikke individuell, men delt relasjonell. Barnets utstrekning mot den andre skjer gjennom å imitere kroppsspråket. De to blir synkronisert gjennom kroppslig kopling. Ut av *co-awareness* utvikles på et senere tidspunkt et visuelt romslig perspektiv som gir en subjektiv opplevelse, en pre-refleksiv selvbevissthet. Ontologisk skam kan i den sammenhengen bli sett på som en dørvokter mellom en asosial reptilverden og reisen inn i en relasjonell tilværelse.

SKAM OG TILKNYTNING

Vi vet at foreldre kun i 50 prosent av tilfellene umiddelbart treffer barnets non-verbale tilknytningsbehov. Det ligger fra naturens side en visdom bak det tallet. Avgjørende for at bruddet i tilknytning skal bli positiv læring for barnet, er omsorgspersonens sensitivitet, evnen til raskt å fange opp barnets behov for reparering av bruddet. Det lærer at smerte går over, det kan stole på verden, det er omgitt av mennesker som bryr seg. Indre tillit etableres. Det finnes både glede og sorg i tilværelsen, likevel blir jeg tatt vare på. Her hører jeg hjemme. Det er omsorgspersonens empatiske kapasitet som bestemmer om skammen skal få betegnelsen positiv eller negativ. »



Vi har ikke gjort feil i skam, vi er feil. I det perspektivet er det en moralsk følelse



Den er 400 millioner år gammel. Naturen har ikke bevart den uten grunn

I de første leveårene er barnet både uhyre sårbart og samtidig robust. Foreldre trenger ikke være perfekte. Winnicott kaller det «good enough mothering». Det barnet ikke tåler, er over tid å leve med høyt fryktnivå. Et slikt dysfunksjonelt miljø forstyrrer utviklingen av den høyre hjernen. Fordi konsekvensen av det handler om så mye mer enn skamfølelsen, er skamrommet etter min oppfatning et mer presist begrep. James Masterson har kalt skamrommet oppgittetsdepresjon, *abandonment depression*. Hans forståelse bygger på Margareth Mahlers separasjon/individueringssteori. Begrepet viser til en stopp og splittelse i selvutvikling. Den totale instinktive reaksjonen på utviklingsforstyrrelsen stenges inne på nødbluss i et indre rom i høyre hjerne(halvdel), preget av skam, sinne, angst, mistillit, ensomhet, isolasjon, depresjon, håpløshet, oppgittethet, tomhet og meningsløshet.

I dag står skamrommet sentralt i forståelsen av utviklingstraumer. Type-D-tilknytning er per definisjon en traumetilstand, et fragmentert selv. Energien i skamrommet kan vekkes av ytre situasjoner som minner om tidligere opplevelser. Mest skremmende er det narsissistiske raseriet når det bryter fram. Det kan skje familievold med tragiske utfall. Dette er psykiatriens mørkeloft. Jeg har i årenes løp møtt en rekke mennesker som er blitt diagnostisert med ADHD og satt på Ritalin, andre med en bipolar diagnose som står på litium, og mange oppfattes med en depresjonslidelse og har i mange år stått på antidepressive medikamenter. Historien om skamrommet ligger ofte urørt. Symptomdiagnoser berører da kun overflaten, de har dypere røtter.

Masterson formulerte sin forståelse et par tiår før Steven Porges publiserte den polyvagale teorien. Hans oppgittetsdepresjon kan leses som en dorsal vagus-tilstand. Da er vi ved kjernen i den negative skammen sett i lys av ny kunnskap om høyre hjerne(halvdel) og det autonome nervesystemet. Skamrommet er spekteret av barnets reaksjon på brudd i tilknytning som ikke er reparert. Den er intelligent i situasjonen den oppstår, fordi barnet er nødt til å beholde tilknytningen.

I skamrommet er vi fengslet i reptilverdenens tykke vegger. Det er et uttrykk for omgivelsenes mangel på adekvat omsorg. Det er naturens siste mulighet til å sikre biologisk overlevelse, derfor velger jeg å kalle det evolusjonsbasert regresjon. Naturen klarer ikke på annen måte å ta vare på det mest sensitive av alle skapninger, biologisk avhengig av kontakt i relasjonsfeltet for å utvikle seg. Når døren til viktige andre stenges over tid, får det konsekvenser for utviklingen av høyre hjerne(halvdel). Brudd på omsorg de første årene gir barn dødsangst. Den tåler ikke et barn. Med skamrommet bruker naturen reptildyrets reduserte livsflamme som beskyttelse mot smerten av omsorgssvikt. Kroppens sensitivitet nummes ut, og høyre hjerne(halvdel) mangler den nødvendige informasjon til å være i nuet. Når det stenges inne og utviklingen stopper, er det fortsatt i dypet sårbart og sensitivt. Prisen barnet betaler for overlevelse, er psykisk smerte.

Selv om det er hjelpeløst, er det fortsatt livsvilje i barnet. Det finner en måte å tilpasse seg en umulig situasjon. Sykdomsbegrepet er feil i slike tilstander. Barna med ambivalente og unnnvikende tilpasningsforstyrrelser får både et skamrom og klarer samtidig å skape en struktur gjennom tilknytningssystemet, selv om den er dysfunksjonell. Hos barn med D-type tilknytning deaktiveres tilknytningssystemet, og de tar i bruk omsorg- eller sosial hierarki/dominans-systemet til å skape et alternativt bånd til omsorgspersonen. Det blir en redning, de oppnår

fysisk nærhet. Men til en dyr pris, de utsletter seg selv og sine behov. Vi ser ofte i puberteten, når behovet for autonomi hormonelt vekkes, vil det falske tilpassede selvet rakne, og den psykiske smerten overvelder dem. Rasmusbruk starter for mange i den perioden. Den blir et friminnutt fra psykisk smerte.

DET NORMALE SELV, SKAM OG PSYKOTERAPI

Peter Fonagy mener at vi alle har små og store lommer i den implisitte høyre hjerne(halvdel) der vi ikke er blitt møtt, at det finnes et skamrom i alle. Men utviklingspsykologien har ensidig fokusert på konsekvensene av forstyrret utvikling, og psykiatrien har et trangsynt blikk mot psykopatologi. Villigheten til å se på konsekvensen av at alle mennesker bærer på et skamrom i den implisitte ikke-bevisste høyre hjerne(halvdel), er ofte fraværende. Blomberg er opptatt av at det får konsekvenser i terapirommet. Når det terapeutiske arbeidet foregår i det lav-energetiske området, aktiveres den implisitte høyre hjerne(halvdel) i både pasient og terapeut når skammen trenger på. Det krever villighet også hos terapeuten til å akseptere eget skamrom. Schore beskriver den muligheten som en kommunikasjon mellom to høyrehjerne(halvdel). Ved å ha aksept for sitt eget skamrom er det mulig for terapeuten å gi rom og empati for skamrommet i pasienten. På den måten kan det skje en heling og integrering.

SKAM, SAMFUNN OG VÅR FRAMTID

Økningen av antall barn i USA med utviklingsforstyrrelser får Allan Schore i «The Science of the Art of Psychotherapy» til å bli samfunnskritisk. Her refererer han til McGilchrist som kaller den høyre siden «mesterhjernen» og den venstre «emissæren». Den siste er ofte viljesterk og tror den er best. Andre ganger forråder den venstre siden mesteren. I det perspektivet er Schore skeptisk og kritisk til vestlig kultur, som gir venstre hjerne(halvdel) for stor betydning på bekostning av den høyre. Han er tals-

person for utviklingen av et samfunn bygd på egenskaper i høyre hjerne(halvdel), som relasjon, følelser, kreativitet og intuisjon, der fornuften er underlagt disse. I hans forståelse av menneskebarnets utvikling er det ikke samsvar mellom hjernens naturlige funksjon og det menneskesyn vestlig kultur er tuftet på. Vi har tillatt en underordnet side i oss å bli dominant.

Normalitetsbegrepet blir i det perspektivet relativt. Den venstre hjerne(halvdel) kan gjennom verbalitet, fornuft og rasjonalitet fortrenge skamrommet. Kompensatoriske mønstre kan holde det borte. Enten skamrommet er lite eller stort, skjult eller åpent, representerer det et menneske som ikke er helt. Det har ubrukte ressurser.

Vår utfordring er å ha fått en frihet helt unik i dyreverdenen. Som det eneste dyr må vi skape oss selv. Det er et ansvar ingen andre skapninger har. Foreløpig har vi ikke evnet å ta det. Negativ skam er et klart vitne om det. Vil vi klare å endre retning, gi barnet et miljø som respekterer naturlige behov? Det er i dag en av menneskehetens største utfordringer. Samles vi om det, kan ideologiske forskjeller legges døde, for barnet er tydelig i sine behov. Det kan bli bro til en helhet mellom oss som er helt ny og peker mot en mulig løsning på de problemene vi i dag står overfor. En framtid for barnet er å gi det samme til oss selv. ✕

REFERANSER

- Bradshaw, J. (2015). *Healing the Shame that binds you*. Health Communications.
- Michael, L. (1995). *Shame: The Exposed Self*. Simon & Schuster.
- Schore, A.N. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. W.W. Norton & Co.
- Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the Self*. Taylor & Francis group.
- Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory*. W.W. Norton & Co.
- Dolezal, L. (2017). Shame, Vulnerability and Belonging: Reconsidering Sartre's Account of Shame: https://www.academia.edu/33375821/Shame_Vulnerability_and_Belonging_Reconsidering_Sartre_Account_of_Shame
- Thompson, E. (2010). *Mind in Life*. Harvard University Press.
- Nussbaum, M.C. (2006). *Hiding from Humanity: Disgust, Shame, and the Law*. Princeton University Press.
- Masterson, J.F. (1988). *The Search for the Real Self. Unmasking the personality disorder of our age*. The Free Press.
- McGilchrist, Iain (2012). *The Master and His Emissary: The Divided Brain and the Making of the Western World*. Yale University Press
- Fonagy, P., Gergely, G. Jurist, E., Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press
- Blomberg P.M. (2011). *Awakening the Dreamer*. Taylor & Francis group
- Rochat, P. (2004). The emergence of self-awareness as Co-awareness in early development. I D. Zahavi, T. Grünbaum & Parnas, J. (red.), *Structure and Development of Self-consciousness* (side 1–20). John Benjamins.

KRITISK I juliutgaven av Psykologtidsskriftet tok psykiater Alv A. Dahl et oppgjør med den såkalte kontekstuelle modellen for psykiske lidelser. I påfølgende numre svarte Trond Aarre med flere på kritikken. Dahl svarer her på tiltale.



Lenger inn i blindgata

Den kontekstuelle modellen gjør virkelig «døren høy og porten vid» for en allerede overbelastet spesialisthelsetjeneste.



TEKST Alv A. Dahl

DEN KONTEKSTUELLE MODELLEN

OM DIAGNOSER er statistiker Helena C. Kraemer min talskvinne: «De som tror på vond sirkel, anser både psykiske lidelser og tilhørende diagnostikk som et håpløst prosjekt, som jakten på det sunkne Atlantis. Andre tror på forbedring og sammenlikner utviklingen med jakten på Nordvestpassasjen. Man lette etter den uten noen garanti for at den fantes; det tok mange år, og man hadde mange mislykkede forsøk før man nådde målet. Utforskningen i seg selv hadde stor betydning for vitenskap, navigasjon og handel. Tilsvarende vil arbeidet med å bedre diagnostikken fremme forståelsen og behandlingen av psykiske lidelser» (Kraemer, 2014). Aarre tror på Atlantis, og jeg på at psykiatriens Roald Amundsen melder seg.

Som Aarre skriver, har jeg lest boka hans grundig, men uten å finne et ord om pasienters sårbarhet. Når Aarre innrømmer at «individuelle skilnader» finnes, starter han tilbake, men tror ikke på sårbarhet «før det er uomtvistelig vist». Holder følgende: 325 ungdommer som overlevde Utøya, ble intervjuet

4–5 måneder etterpå. Å være jente og tilhøre en etnisk minoritet var signifikante sårbarheter for høyt posttraumatiske stressnivå (Dyb, Jensen, Nygaard, Ekeberg, Diseth, Wentzel-Larsen, & Thoresen 2014).

Eller trenger han mer? «De fleste har symptomer og plager som er normalfordelt i folket», skriver han (Aarre, 2018, side 39). Selvrapportert depresjon «i folket» (HUNT-3 undersøkelsen) viser noe helt annet. På en depresjonskala fra 0 til 21, skårer 91 % fra 0 til 7 og 9 % høyere enn 7 (Grav, Stordal, Romild, & Hellzen, 2012). Dette er ikke normalfordeling. Den lille andelen med høy skår mistenkes for patologi. Patologi defineres som statistisk eller normativt avvik i symptomintensitet og/eller funksjonssvikt. Benekter man det, avviser man sykdomsdefinisjonene i ICD-10 og DSM-5.

Aarre påstår også at «helsetenesta som rettar seg mot psykiske plager og rusproblem, kan godt ta seg av normalitet». Den kontekstuelle modellen gjør virkelig «døren høy og porten vid» for en allerede overbelastet spesialisthelsetjeneste.

Når det gjelder problemene med kontekstualistenes monokausale tenkning, takker jeg Hillestad for et godt innspill. Han viser at den biopsykososiale modellen har det kontekstuelle innbakt. Det virker som Aarre ikke vil forstå det.

Nok en fundamental svakhet hos Aarre og andre kontekstualister er alle de udokumenterte påstandene. Som: «*Sjølvs om me oppfattar dei (psykiske problem, min tilføyelse) som normale reaksjonar, veit me meir om korleis me skal behandle desse problema enn korleis me skal behandle dei psykiske lidingane.*» Hvor har han det fra? Slik Aarre slår om seg med udokumenterte synsinger, oppfyller han utsagnet: «Without data, you are just another person with an opinion.»

At Aarre, med sitt offentlige ståsted, hører fra de misfornøyde pasientene, er rimelig, men jeg er skuffet når han ikke reflekterer over mulig utvalgsskjevhet. At den kontekstuelle modellen skal gi oss en klagefri psykiatri, ser jeg som ønsketenkning. Misfornøyde, skuffede og klagende psykiatriske pasienter vil vi alltid ha. Og her har vi tall, som ellers er mangelvare hos Aarre. Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) behandlet i 2017 15 154 saker, hvorav 828 (5%) innen psykiatri, langt bak 38% for ortopedi. Psykiatri-klagerne kom på bunnplass med 19% medhold, mens snittet var på 33% (NPE, 2017). Den lave klage- og medholds-prosenten, burde mane kontekstualistene til ettertanke.

Aarres svar skuffer meg ellers ved ikke å ta opp om kontekstuell psykiatri hører hjemme i helse- eller i sosialvesenet.

Til Kjølstads orientering ble påstandene til Allen Frances knust av professor Ole Jacob Madsen i 2017 (Madsen, 2017). Selv skriver jeg i 2018: «Siden 2014 er det kommet iallfall fire bøker (Whitaker, Gøtzsche, Kindermann og Davies) oversatt til norsk med klart antipsykiatrisk innhold, alle utgitt av Abstrakt forlag. [...] Etter min vurdering har forfatterne det til felles at de har bestemt seg for sine antipsykiatriske konklusjoner på forhånd. Deretter har de lagt argumentasjonene og kildene selektivt til rette for å bygge opp under disse konklusjonene» (Dahl, 2018, s. 138). Dette er ideologiske skrifter. Når Kjølstad reklamerer for dem til forsvar for Aarres bok, er det fordi den tilhører samme kategori. ❌

REFERANSER

- Dahl, A.A. (2018). Antipsykiatrien før og nå. I: Dahl, A.A. & Løvlie, A. (2018). *Psykiske lidelser. Forståelse, diagnostikk og juss*. Oslo: Universitetsforlaget, side 126–140.
- Dyb, G., Jensen, T.K., Nygaard, E., Ekeberg, Ø., Diseth, T.H., Wentzel-Larsen, T., Thoresen. (2014). Post-traumatic stress reactions in survivors of the 2011 massacre on Utøya Island, Norway. *British Journal of Psychiatry*, 204, 361–367. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.133157>.
- Grav, S., Stordal, E., Romild, U.K., Hellzen, O. (2012). The relationship among neuroticism, extraversion, and depression in the HUNT study: in relation to age and gender. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 777–785. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.713082>.
- Kraemer, H.C. (2014). The reliability of clinical diagnoses: state of the art. *Annual Review of Clinical Psychology* 10, 111–130. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153739>.
- Madsen, O.J. (2017). Medikaliseringens begreps kolonisering av forskerverdenen. I: Bondevik, H., Madsen, O.J., & Nyheim Solbrække, K. (red.), *Snart er vi alle pasienter*. Scandinavian Academic Press, side 25–62.
- Norsk pasientskadeerstatning. Årsrapport 2017. https://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/rapporter/npe_arsrapport_2017_web.pdf
- Aarre, T.F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.

Uholdbare påstandar



Absurd framstilling av åtferdsteori.

TEKST Børge Holden, psykologspesialist, dr.philos.

DEN KONTEKSTUELLE MODELLEN

IINNLEGGET «Uholdbar vitenskapsposisjon» i septemberutgåva av *Psykologtidsskriftet* kjem Torgeir Hillestad med uholdbare påstandar, i alle fall om «atferdsteorien». Sidan dei handlar om forsterking, gjeld dei nok ein åtferdsteori som kallast åtferdsanalyse. Han meiner at det er tautologisk, og ei sjølvforklaring, når åtferdsteorien «... vil forklare atferdsreaksjoner ut fra utelukkende forsterkning. Også her blir den «forklarende» konklusjonen at «forsterkeren forsterker fordi den forsterker»». Han meiner at ei slik monokausal, enten eller-forklaring er absurd. Men det som er absurd, er framstillinga hans.

For det første forklarar ikkje åtferdsanalyse, eller annan åtferdsteori, åtferd berre med forsterking. Hillestad bør sjå på kva *motivasjon*, og det verbale, har å seie innanfor åtferdsanalyse. Han bør òg sjå på aksept- og forpliktingsterapi (acceptance and commitment therapy) og relasjonell rammeteori (relational frame theory), som er viktige atferdsanalytiske felt. Då vil han oppdage eit rikare bilete.

For det andre er omgrepet «forsterkar» verken tautologisk eller sirkulært. Dyr, inkludert menneske, kan lære av konsekvensar av det vi gjer. Elles hadde vi vore uartikulerte og hjelpe-lause, eller utdøydd. Forsterkar er eit generisk omgrep for konsekvensar av åtferd som gjer liknande åtferd meir sannsynleg i framtida, noko som er avgjerande for viktig læring. Vitsen med omgrepet forsterking, som med andre omgrep, er å oppsummere klassar av fenomen for å forenkle kommunikasjon. Alle omgrep kan brukast feil, slik Hillestad gjer når han bruker omgrepet forsterking. ❌



Faksimile fra septemberutgaven av Psykologtidsskriftet.

Psykologen trenger hjelp

Tror man at hensikten med tilbakemeldings-systemer er å avdekke kausalitet, er det forståelig at man avfeier det.



TEKST Kristian Rognstad, stipendiat, RBUP, Cilje Sunde Rolfsjord, psykologspesialist/stipendiat og forskningsleder, Lovisenberg Diagonale Sykehus, Nic Waals Institutt, Anne-Stine Meltzer, klinikkisjef, Lovisenberg Diagonale Sykehus, Nic Waals Institutt, Simon-Peter Neumer, forsker, RBUP, John Kjøbli, forsker og seksjonsleder, RBUP

TILBAKEMELDINGS-SYSTEMER

I SEPTEMBERUTGAVEN av Psykologtidsskriftet tegnes et mørkt bilde av tilbakemeldings-systemer (TMS) i psykisk helsevern (Langkaas, 2020). Vi deler synet på at man ikke kan trekke klare slutninger om behandlingens virkning kun basert på endringer i enkeltpasientens tilstand, men ønsker å korrigere at dette «sviktende premisset» ligger til grunn for TMS. Tror man at evnen til å avdekke kausalitet er premisset TMS hviler på, så er det forståelig at man avfeier det. Slik er det imidlertid ikke.

Nytten kommer ikke av muligheten for «den enkelte kliniker å fange opp hvordan behandling faktisk virker» (Langkaas, 2020). Denne misforståelsen blir dessverre gjentatt i tidskriftet; Søvik (2019) skriver for eksempel om «Grafer og piler som alt sammen skal illustrere om vi har gjort jobben vår eller ikke». Disse systemene er dårlig egnet til å fortelle om terapeuten har gjort jobben sin eller om behandlingens nytte.

Det er fortsatt slik at ikke alle pasienter blir bedre i løpet av behandlingstiden. En betydelig andel pasienter rapporterer ingen forbedring

eller økte symptomer etter endt behandling (Hannan et al., 2005). Dette må forklares av en kombinasjon av faktorer, og kan ikke sidestilles med at terapeuten ikke har gjort en god jobb.

Samtidig klarer ikke terapeutene nødvendigvis å identifisere hvilke pasienter som blir bedre eller dårligere underveis i behandlingsforløpet. Når man ber terapeuter selv vurdere, har nærmest ingen av deres pasienter negativ utvikling (Hannan et al., 2005). Selv om vi ikke nødvendigvis vet hvorfor, bør vi forsøke å finne ut når pasienter ikke opplever positiv endring. Fortløpende, standardisert informasjon fra pasienten kan gi en pekepinn om dette, og, sammen med andre informasjonskilder, brukes som grunnlag for å endre behandlingsplaner. Annen tilgjengelig informasjon som observasjon eller pasientsamtaler kan heller ikke forklare årsakssammenheng, og mangler kontrollbetingelsen Langkaas etterlyser.

Langkaas henviser til en forskningsoppsummering (Kendrick et al., 2016) og tolker noe feilaktig denne dit hen at TMS ikke har noe for seg,

På tvers av 17 identifiserte studier finner de riktignok ikke noen klar sammenheng mellom tilstedeværelsen av TMS og behandlingseffekt for den generelle pasientpopulasjonen, men flere andre metaanalyser kommer til motsatt konklusjon (Lambert, 2003; Knaup, 2009; Shimokawa, 2010). Også i Kendrick et al. (2016) ser man at det for gruppen «not-on-track»-pasienter er positive effekter. Det er denne gruppen, som karakteriseres av en mangel på endring eller negativ endring i behandlingsforløpet, man forventer å hjelpe ved bruk av TMS. Systematiske tilbakemeldinger kan gi et varsko til terapeuten om at utviklingen ikke går i riktig retning, og bidra til å endre behandlingstilnærmingen ved behov. Resultatene forbedres altså for gruppen vi normalt sett lykkes dårligst med å hjelpe. En tendens er at «not-on-track»-pasientene får noe lengre behandling, og de øvrige noe kortere, ved bruk av TMS (Kendrick et al., 2016). Det er fornuftige prioriteringer for helsevesenet at pasienter som har blitt bra, ikke gis samme mengde behandling som de som fortsatt har behov for hjelp, uavhengig av om det er behandlingen eller spontan remisjon som egentlig forårsaker endringen.

Snarere enn å konkludere med at TMS ikke er effektivt, så forteller Kendrick et al. (2016)

oss at det per nå er usikkert. Flere forskningsprosjekter har likevel funnet effekter, også med effektstørrelser i samme området som forskning på andre «evidensbaserte tiltak» (f.eks. Amble et al., 2014). Når man leser forskningsoppsummeringer, er det også viktig å påpeke at inkluderte studier er av forskjellig karakter og kvalitet. Forfatterne diskuterer at effektene var høyere der terapeutene forpliktet seg til å bruke tilbakemeldingene, selv ønsket å motta dem, eller frivillig kunne velge å delta (Kendrick et al., 2016). Dette leder oss til en svært lite kontroversiell påstand: Hvis noe skal fungere, må det tas i bruk.

Et tilbakemeldingssystem er en indikator på pasientens utvikling på forhåpentligvis relevante mål. Det gir en ekstra mulighet for pasienter til å ytre seg om behandling og tilstand, en brukermedvirkning satt i system. Ny forskning på terapi med ungdom i Norge tyder på at TMS kan øke deltakelse i terapi og opplevelsen av kontroll over psykisk helse og terapeutiske intervensjoner (Tollefsen et al., 2020). Langkaas peker på noe viktig ved sin grundige beskrivelse av tilfeller der endring ikke er synonymt med effekt, men informasjon om endring eller mangel på endring bør uansett være relevant for behandleren. ✕

REFERANSER

- Amble, I., Gude, T., Stubdal, S., Andersen, B.J., & Wampold, B.E. (2015). The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research*, 25(6), 669–677.
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K., & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 155–163.
- Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken, L., ... & Moore, M. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 13(7).
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), 15–22.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Hawkins, E.J., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L., & Smart, D.W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(3), 288–301.
- Langkaas, T.F. (2020). Virker det nå? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(9), 666–672.
- Shimokawa K., Lambert, M.J., & Smart, D.W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78, 298–311.
- Søvik, A. (2019). Verdien av å prøve seg frem. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(12), 942–943.
- Tollefsen, T., Neumer, S., & Berg-Nielsen, T.S. (2020). «What matters to you?»: A randomized controlled effectiveness trial, Using Systematic Idiographic Assessment as an intervention to Increase Adolescents' perceived control of their mental health. *Journal of Adolescence* 78, 53–61.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., Lambert, M.J. (2012). An investigation of the self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639–644.



Når man ber
terapeuter
selv
vurdere, har
nærmest
ingen
av deres
pasienter
negativ
utvikling

God praksis i et uperfekt system

Rådet til våre medlemmer er å bruke diagnoser der det er grunnlag for det.



TEKST Åste Herheim*

DIAGNOSTISERING

DIAGNOSER OG DIAGNOSTISERING har det siste halvåret vært gjenstand for en løpende debatt i Psykologtidsskriftet. Diagnosedebatten er krevende fordi den berører flere store spørsmål, ikke minst menneskesyn. Hvordan skal vi som fagfolk og samfunn forstå psykiske lidelser? Teorier og kunnskap om årsakene ligger til grunn for hva vi mener skal til for å hjelpe folk. Ikke rart vi kan fylle spaltekilometer. Det skal vi også gjøre. Som profesjon har vi blant annet fått i samfunnsoppdrag å utrede, vurdere og sette diagnoser. Det å kunne diagnostisere er et stort ansvar for psykologer og bør være gjenstand for debatt og refleksjon.

Psykologforeningen ønsker å belyse styrker og svakheter ved dagens diagnosesystem. Dette for å understøtte medlemmene våre i det arbeidet de gjør i praksis, et arbeid som innebærer komplekse vurderinger der fag, etikk og juss møtes. Av mange forhold ved diagnoser er fire sentrale å trekke frem:

- at diagnosenes validitet¹ er usikker
- at forskning på individuelle forskjeller «beveger seg bort fra kategorier og klasser over mot dimensjoner og trekk»²
- at de fleste pasientene vi møter i psykisk helsevern, oppfyller kriteriene for flere diagnoser³
- at det å få en diagnose kan oppleves som stigmatiserende^{4,5}

Samtidig trenger ikke dagens system å komme i veien for brukerens behov.

FELLES SPRÅK

Omtalen av diagnoser på Psykologforeningens hjemmesider oppsummerer dette. Diagnostise-

ring handler om å «forstå pasientens problem og bruke all tilgjengelig informasjon for å løse det»⁶. Det felles språket diagnoser er, har lagt til rette for utvikling av behandlingsformer og forskning og gjort det mulig å kartlegge forekomst og å regne på sykdomsbyrde. Diagnoser er også en inngangsbillett til rettigheter fordi de fungerer som «et konkret uttrykk for lidelse og gjør det mulig for staten å skille den som har krav på en ytelse fra den som ikke har det.»⁷ Diagnostikk vil som hovedregel⁸ være en sentral del av den helsehjelpen brukerne skal forvente⁹.

Samtidig er det altså sentrale svakheter. Diagnosene forteller oss ikke noe om årsak til lidelsen. Det følger av dette at behandling av to personer med lik diagnose ikke nødvendigvis er den samme. I klinisk praksis er diagnosen og det vi vet om forskning på behandling av mennesker med denne diagnosen, viktige deler av kunnskapsgrunnlaget for beslutningen om hva som er aktuell behandling. Men det er pasienten som kan definere problemene som ligger til grunn for hjelpebehovet. Brukermedvirkning er altså en rett, men også en sentral del av grunnlaget ved diagnostisering.¹⁰

STØRRELSER I KONTINUERLIG UTVIKLING

Psykologforeningens holdning til diagnoser og diagnostisering hviler altså på prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk behandling. Vurderingene i klinisk praksis skal hvile på en «... integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål¹¹».

Hva som er den beste tilgjengelige forskningen, klinisk ekspertise og pasientens egenska-

* Teksten er skrevet av Åste Herheim mens hun var fagsjef i Psykologforeningen. Herheim er fra 1. oktober 2020 avdelingsdirektør i avdeling psykisk helse og rus i Helsedirektoratet. Synspunktene i teksten er basert på Psykologforeningens politikk og er ikke et uttrykk for Helsedirektoratets meninger.

per, kulturelle bakgrunn og ønskemål, er imidlertid ikke konstante størrelser. Etter at Psykologforeningen lanserte prinsipperklæringen, skrev Rønnestad (2008)¹² utførlig om bakgrunnen for å forstå de tre komponentene og forberedte psykologene på at: «Debatten om hvordan vi skal forstå evidensbasert praksis og hvilke implikasjoner vi skal trekke av denne forståelsen, vil sannsynligvis fortsette i lang tid.»¹³

Heldigvis ser vi at Rønnestad hadde rett. Vi debatterer fortsatt hvordan vi skal forske på behandling av psykiske lidelser¹⁴. Helsemyndighetene¹⁵ tillegger pasienter og brukere en stadig større rolle i egen behandling og i utvikling av tjenestetilbudene. I sin nylig utgitte bok *Evidens og etikk* etterlyser Henrik Berg både kritikk og videreutvikling av prinsipperklæringen.¹⁶

HELSEHJELPEN SKAL TILPASSES DEN ENKELTE

Prinsipperklæringen er ment å understøtte gode vurderinger i praksis, det vil si å bidra til god helsehjelp. I Psykologforeningens innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan¹⁷ og pakkeforløp i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling¹⁸ understreket vi at den psykiske helsehjelpen virker best om den er individuelt tilpasset. Med det mente vi at pasienten får møte en behandler med tilgang til et spekter av forskningsbaserte behandlingsmetoder, og at pasientens situasjon og behov er avgjørende for metodevalget.

Det komplekse bildet en god utredning gir, skal ligge til grunn for behandlingsvalg¹⁹. Det som kjennetegner personen vi har foran oss, er viktigere enn diagnosen. Det kliniske skjønnet, det vil si vurderingen av tilgjengelig kunnskap og hvordan den skal informere behandlingen for akkurat denne pasienten, er sentralt. Det er pasienten (og nære pårørende) som sitter på informasjonen som kan gjøre denne individuelle tilpasningen mulig. Det er denne forståelsen av diagnose-nes rolle som er grunnen til at Psykologforeningen i flere høringssvar har understreket faren ved å standardisere forholdet mellom diagnose og behandling.

INFORMASJON, MEDVIRKNING OG SAMTYKKE

Pasient- og brukerrettighetsloven har regler for å få til brukermedvirkning i praksis som det er viktig at psykologer kjenner til. Informasjonen til pasienten skal danne grunnlag for pasientens medvirkning til helsehjelpen, og til samtykke. Retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom pasient og helsepersonell. Pasienter skal få informasjon om sin helsetilstand, behandlingen og det som er nødvendig for å kunne ivareta sine rettigheter. Informasjon skal gis på en omsorgsfull måte tilpasset den enkeltes forutsetninger og behov.

DIAGNOSEN STÅR IKKE ALENE

For den enkelte psykolog er det forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 som setter den juridiske rammen for arbeidet. Innholdet i kravet fastsettes av hva som til enhver tid anses som godt fag. Rådet til våre medlemmer er å bruke diagnoser der det er grunnlag for det. Svakheterne ved kategoriene er ett av de forholdene som krever at psykologen vurderer behovet for individtilpassede tiltak. Diagnosen er *ett av flere* elementer i informasjonen som ligger til grunn for hvilken behandling vi velger. Vi tror dette er slik psykologer flest jobber, og det rimer godt med anbefalingene for kartlegging og utredning i nasjonale retningslinjer²⁰. »



Det er pasienten som kan definere problemene som ligger til grunn for hjelpebehovet

DEBATT OM DIAGNOSTISERING

Tidligere innlegg:

Nr. 4 - 2020 Påtvungne diagnoser (Kristin Nijs)

Nr. 6 - 2020 Diagnoser, fag og etikk (Cato Grønnerød)

Nr. 6 - 2020 Kan handle mot pasientens vilje (Fagetisk råd)

Nr. 6 - 2020 Ikke opp til pasienten (Christian Zimmermann)

Nr. 7 - 2020 Diagnosemakt fremfor fag? (Birgit Valla)



Det komplekse bildet en god utredning gir, skal ligge til grunn for behandlingsvalg

Denne pragmatismen skal ikke komme i veien for kritisk vurdering og videreutvikling av både diagnosesystemene, bruken av dem og hvordan vi som profesjon gjennom klinisk ekspertise integrerer forskning og brukerens behov og preferanser.

VEIEN VIDERE

Diagnosesystemene og hvordan de blir brukt, er hele tiden i utvikling. Det er en god ting. Samtidig peker diagnosedebatten og debattene rundt forskning, brukermedvirkning, klinisk ekspertise og integrasjonen av dem at vi har oppgaver vi må løse fremover; klinikere, brukere, forskere og helsemyndigheter. Vi må sammen videreutvikle klassifikasjonssystemene og bruken av dem. ✕

SLUTTNOTER

1. Høye, A. (2013). På tide å tenke nytt om psykiatriske diagnoser. *Tidsskr Nor Legeforen*, 133, 1329–31 <https://tidsskriftet.no/2013/06/kronikk/pa-tide-tenke-nytt-om-psykiatriske-diagnoser>
2. Grønnerød, C. (2020). Diagnoser, fag og etikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(6), 449.
3. Hagen, R., Johnsen, S.U., Rognan, E., Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49, 247–252.
4. Se f.eks. omtalen i Nasjonale retningslinjer for psykoselidelser: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/diagnoser>
5. <https://psykologisk.no/sp/2014/08/e2/>
6. Høstmælingen, A. (2014) <https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-en-psykisk-diagnose>.
7. Ibid.
8. Zimmermann, C. & Aubert, I. (2020). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57/6, 2020
9. Rundskriv I-4/2017 Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering.
10. Høstmælingen, A. (2014) <https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-en-psykisk-diagnose>.
11. Prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis (2007). <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/historisk-gjennomgang-av-prinsipperklæring-om-evidensbasert-praksis>
12. Rønnestad, M.H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 45(4), 444–454. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/04/evidensbasert-praksis-i-psykologi?redirected=1>
13. Ibid.
14. F.eks. Langkaas, T.F. (2020). Virker det nå? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(9), 666–672.
15. Bent Høie om Pasientens helsetjeneste: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>
16. <https://psykologisk.no/2020/08/hva-er-problemet-med-evidensbasert-praksis-i-psykologi/>
17. <https://www.psykologforeningen.no/politikk/hoeringsuttalelser/hoeringsuttalelser-2019>
18. <https://www.psykologforeningen.no/politikk/forloeps garanti-ikke-pakker>
19. Rundskriv I-4/2017 Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering.
20. Se f.eks. retningslinjene for behandling av depresjon, bipolare lidelser og psykoselidelser.

Inntrykk

Essay, anmeldelser og forfatterintervjuer



FOTO: MORI MASAHIRO DESIGN STUDIO / WIKIMEDIA COMMONS



Kunsten å lese blomster og høre en kopp te

Karen Hagen Liste har lest Kraften i tomme tanker (s. 787).

Kultursensitiverende

«Selv om jeg i rundt ti år har jobbet med flyktninger, asylsøkere og minoritetsfamilier, tror jeg ikke at jeg faktisk har tenkt nøye igjennom mine verdier og holdninger før jeg leste denne boka.»

Ragnhild B. Lygre om Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid (bla om).

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Ønsker du å anmelde fagbøker for Psykologtidsskriftet eller har du tips til bøker som bør omtales? Ta i så fall kontakt med redaksjonen. Lengre bokessay er også av interesse.

En vanlig bokanmeldelse er på 3-4000 tegn.

Opplys om det foreligger mulige interessekonflikter i vurderingen av en bok.

Send forespørsel på e-post til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Rett inn på pensumlista

Her var det bare å finne fram markeringspennen.



BOK *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid*

FORFATTER

Akiah Ottesen Berg og Karin Holt (red.)

FORLAG Gyldendal

SIDER 350

ANMELDT AV

Ragnhild B. Lygre, psykologspesialist

JEG SNUBLET OVER et forsidebilde av denne boka i et nyhetsbrev. Bare tittelen, *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid*, gjorde at jeg med en gang tenkte: «Denne boka MÅ jeg ha!» En interesse for arbeid med flyktninger, og en forkjærlighet for alt som er praktisk, gjorde at boka solgte seg inn med en gang. Jeg elsker når ting er praktisk og konkret. Ordning og reda.no. Det at boka er skrevet med utgangspunkt i et opplevd behov hos nyutdannede psykologer for mer kunnskap om betydningen av kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid, synes jeg er feiende flott. Det er ikke bare nyutdannede som har nytte av denne kunnskapen.

KULTUR OG KONTEKST I PASSE PORSJONER

Med sine 350 sider er boka egentlig altfor lang for en trøtt småbarnsmor som meg. Heldigvis er den delt opp i fire deler, og i 17 kapitler som ikke må leses i kronologisk rekkefølge. Jeg tenker at boka kanskje ikke burde leses kronologisk eller «i ett jafs», da kan man gå glipp av en del refleksjoner de enkelte kapitlene setter i gang. De to første delene av boka tar for seg hvordan våre verdier og holdninger som fagfolk påvirker vårt arbeid, og sammenfatninger av de viktigste forskningsfunnene på området. De to siste delene tar for seg utfordringer og løsninger knyttet til kartlegging, utredning og vurdering, og beskrivelser av praktisk terapeutisk arbeid med flyktninger, asylsøkere og minoritetsfamilier i ulike kontekster. Slik boka er bygget opp, tenker jeg at hvert kapittel kan leses enkeltvis. Den fungerer ypperlig som et oppslagsverk, og jeg tror den ville vært nyttig på pensumlisten til psykologstudentene, uten at jeg aner hvilke kriterier som ligger til grunn for en slik vurdering. Jeg skulle ønske at jeg hadde denne boka da jeg begynte å jobbe. Det hadde nok spart meg for en del famling i blinde. Boka besvarer mange spørsmål jeg har

lurt på, og reflekterer rundt flere gjenkjennbare tema.

FRA FORSKNING TIL PRAKSIS

Både redaktørene og flere av bidragsyterne har en fin veksling mellom å referere til forskning og egne erfaringer. Det bidrar til å levendegjøre tekstene og vise at forskningsresultatene også viser seg i praksis. Å gjøre forskning praktisk relevant er ofte et kunststykke. Noe jeg synes forfatterne i denne boka har klart godt. Oppsummeringene på slutten av hvert kapittel er i hovedsak svært gode, og er et godt pedagogisk grep. Det eneste negative jeg har å si om boka, er at noen av oppsummeringene av kapitlene har form av: «i dette kapitlet har jeg skrevet om sånn og sånn ...». Jeg synes det er litt tøysete. Jeg har jo nettopp lest kapitlet, og vel er jeg trøtt, men jeg har da fått med meg hva det handler om. Da liker jeg bedre de oppsummeringene som faktisk sier hva kapitlet har handlet om i et par setninger, fremfor at man på metanivå skriver om det man har skrevet om. Det blir en mer velkommen repetisjon, og gjør at man kan få lyst til å jukse, og heller bare lese oppsummeringene. Men jeg har ikke gjort det altså!

BEVISSTLØS PRAKSIS

Selv om jeg i rundt ti år har jobbet med flyktninger, asylsøkere og minoritetsfamilier, tror jeg ikke at jeg faktisk har tenkt nøye igjennom mine verdier og holdninger før jeg leste denne boka. Jeg frykter at jeg har vært for ignorant. Dustete privilegert, rett og slett! Jeg opplever at jeg ikke fullt ut har tatt innover meg hva det betyr å være i disse rollene, og hvor stor definisjonsmakt jeg tross alt har hatt i min rolle. Skrekk og gru. Jeg skammer meg faktisk litt over det. I Jessica Harnischfegers kapittel «Å bli en annen» bruker hun erfaringer fra eget liv som «fremmed» til å illustrere. Jeg ser henne



KULTUR I KONTEKST *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* er en gjennomgående nyttig bok, mener vår anmelder. Idrettslaget «BUL International» i Oslo driver integrering i praksis. Ungdom fra 20 nasjoner deltar på en vanlig treningskveld på Bislett. Foto: Thore-Erik Thoresen /NTB Scanpix

for meg på flyet til Norge i 1992, og kjenner selv på den fremmedfølelsen man kan få på lengre reiser. Det er nesten som man mister seg selv litt, og du begynner å lure på hvor mye av det som er *deg*, som egentlig kun eksisterer i dem rundt deg. Harnischfegers egne erfaringer fungerer svært godt til å levendegjøre opplevelsen av majoritet/minoritet, som ellers kan fremstå veldig teoretisk. Hennes tanker rundt makten til norske psykologer er øyeåpnende og setter ord på ubehag som man gjerne har kjent på, men ikke funnet ordene for å beskrive. Det er ubehagelig å oppdage at en ikke er så reflektert som man kanskje trodde.

VERDIFULL LESNING

Kapittelet «Det vanskelige blikket innover», skrevet av medredaktør Ottesen Berg, er fantastisk flott å lese, da det er spekket med gjenkjennbare råd og refleksjoner basert på både hennes egen erfaring og forskning. Bildet av «Den gode hjelperen», opprinnelig utviklet i Kongo, er en

fantastisk visualisering av hvordan vi kan møte andre på en god måte. Kapittelet begynner også med en fortelling, som i alle fall jeg kan kjenne meg igjen i; følelsen av å miste kontakten med pasientene sine. Berg åpner med å fortelle om en erfaring i en stabiliseringsgruppe for innvandrere, der hun plutselig la merke til at deltakerne så nærmest apatiske ut i møte med hennes ivrige engasjement. Det er så deilig å høre at det ikke bare er jeg som føler meg som en premieidiot med jevne mellomrom. Jeg fantaserer om at andre også ikke treffer «planken» av og til, men det er ikke alltid vi får høre om det. Dette er også fint å vite for nyutdannede psykologer, selv om de sikkert er smarte nok til å tenke seg fram til det selv. Og Berg hentet seg selvfølgelig fint inn igjen, ved å stoppe opp og spørre «Hva skjer nå?», et eksempel til etterfølgelse. Noen lærebøker kan bli vel mye pekefinger, og lite støtte. Derfor setter jeg pris på når Berg skriver ting som at «dessverre er ikke alltid vår hverdag og institusjonelle krav gode rammer for disse

”

Jeg elsker når ting er praktisk og konkret. Ordning og reda.no

»

holdningene», altså gode rammer for nysgjerrighet, interesse, åpenhet og tid til å lytte. Det er noe med å sette ord på den hverdagen vi lever i. Livet er ikke bare idealistisk burde-burde, det er også hverdagspragmatisme.

PÅFYLL I VERKTØYKASSA

I del to av boka har bidragsyterne i de enkelte kapitlene gjort det tunge arbeidet for oss med å sammenfatte forskning på området. Slike kunnskapsoppsummeringer er kjærkomne for travle klinikere. Ellers kan det ofte bli litt tilfeldig hva man snapper opp av relevant forskning.

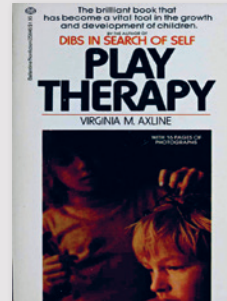
I del tre om utfordringer og løsninger knyttet til kartlegging, utredning og vurdering, får vi flere viktige presiseringer og pragmatisme fra redaktør Ottesen Berg, i kapitlet «Å gi form til røyk». Det er et godt tips om bruk av Kulturformuleringsintervjuet utviklet for DSM-5 i kartleggingen og bruk av en kulturell formulering i oppsummering av kartlegging/diagnostisering. Nydelige titler på kapitlene som «Å bli en annen», «Det vanskelige blikket innover», «Å gi form til røyk» er også en fryd å lese for en som synes metaforer er sjelefôr. Jaregs kapittel om bruk av tolk er en fantastisk gjennomgang av det du trenger å vite om tolkebruk med denne gruppen. Her er også en fin huskeliste som jeg håper jeg vil bruke flittig.

Del fire inneholder beskrivelser av praktisk terapeutisk arbeid i ulike settinger og tjenester, og med ulike pasientgrupper. Det er verdifullt å få slike innblikk i andres arbeid. Her er Rosten og Wadsworths kapittel om sitt arbeid med enslige mindreårige asylsøkere veldig kjekt og spennende å lese. De gjør en viktig jobb. Særlig avsnittet om slitasje og ivaretagelse av psykologen er nyttig. Begrepet «negativ kapabilitet» er noe jeg tar med meg videre.

LITE PEKEFINGER

Jeg har dessverre ikke nevnt hvert kapittel, men jeg har satt pris på å lese hvert eneste ett av dem. Ingen av kapitlene er for lange. Jeg får aldri opplevelsen av å miste mål og mening langt inne i et endeløst kapittel. Det at boka er gjennomgående praktisk nyttig, liker jeg svært godt, og gjør at jeg tror dette er et oppslagsverk jeg vil bruke lenge. Det er mye gode råd og lite pekefinger. Teoriene er interessante, problemstillingene og eksemplene gjenkjennbare og de praktiske rådene kjærkomne. Jeg vil anbefale alle denne boka. Den handler om mennesker. Og det er jo midt i blinken for psykologer. ✘

KLASSIKEREN



Dette er en grunnbok i all psykoterapi.

Virginia Axline: *Play Therapy* (1969)

I min studietid var jeg opptatt av hvordan psykoanalytisk teori om personligheten i samspill med andre kunne omsettes til praktiske handlinger i terapirommet. Jeg forestilte meg at det å la pasientene få åpne seg, fordi jeg ønsket det, var den minste utfordringen. Verre var det å skjønne hvordan det å åpne seg om sitt innerste kunne skape *endring*. Jeg trodde jeg måtte gjøre noe med det stoffet pasientene forærte meg, for at de skulle få noe igjen for å si alt til meg.

I min første praksisperiode ved en barnepsykiatrisk klinikk erfarte jeg denne problemstillingen gjennom fenomenet *motstand*, at ingen er udelt positiv til å få hjelp av en annen person, folk er ambivalente. Jeg leste så boken *Play Therapy* av den amerikanske selvsykeologen og rogerianeren Virginia Axline, og kjente meg straks igjen i teksten hennes. Jeg begynte å forstå at endring er en subtil, taus prosess mellom to personer som vokser med hverandre, som en funksjon av å lese og forstå hverandre. At prosessen skjer i det skjulte, uavhengig av og nesten til tross for alle bevisste tekniske handlinger. At det å åpne seg og endre seg er to sider av samme sak.

Siden har jeg bedt mine veiledningskandidater innenfor barnefeltet å lese den. Imidlertid egner den seg også for terapeuter i voksenfeltet. Den er unik i sin humoristiske fremstilling av hvordan mennesker vokser på å føle seg beskrevet og gjenkjent på en måte som stemmer med deres innerste. I voksenfeltet dreier mye seg om å oppdage barnet i den voksne, så de to feltene er ikke vesensforskjellige.

Axline er vittig, og fremfører sitt kasusmateriale med en sjeldent levende penn. Jeg har ikke lest noen bedre terapitekst siden. Og jeg har lest mange. Den kan leses uavhengig av teoretisk tilhørighet, som et avansert læremiddel til å bedre ens egen evne til å lytte til andre.

Olaf Rørosgaard, privarpraktiserende psykologspesialist i Stavanger og lærer ved Institutt for Psykoterapi, Oslo. Han utfordrer Ole Johan Finnøy, undervisningsleder ved Institutt for Psykoterapi til å ta stafettpippen videre.

Ei modig bok

Forfatteren deler generøst av sin kunnskap fra arbeid med asylsøkere, flyktninger og innvandrere. Men boka mangler et blick på oppdatert forskning og menneskerettigheter.

MÅLET MED BOKA *Kultur, migrasjon og traumer*, skrevet av Karin Holt, er å øke kompetanse hos hjelpere som arbeider med mennesker med flukt- eller migrasjonsbakgrunn. Boka tar for seg nødvendige ferdigheter og kunnskap i møte med denne gruppa. Forfatteren skriver hovedsakelig om psykisk helse, men reflekterer også bredt rundt helperens profesjonelle utvikling.

Holt skriver at kunnskapsgrunnlaget hun bygger på, er både forskningsbasert og erfaringsbasert, men det er den erfaringsbaserte kunnskapen som dominerer. Likevel klarer hun å koble sin erfaring til teori og forskning. Ett eksempel er hvordan hun bruker beslutningspsykologi og heuristikker i drøftingen av hvordan hjelpere kan bli bevisst egne tanker, og klarer å gjøre dette anvendbart. Gjennom hele boka brukes eksempler og kasushistorier av ulike slag, noe som gjør innholdet forståelig og praktisk.

KOMPETANSEUTVIKLING

Boka består av tre deler. Den første er et innledningskapittel om kompetanseutvikling hos hjelpere og avklaring av begreper. Kompetanseutvikling er også gjennomgangstema i boka. Begrepene som tas opp, er relevante, for eksempel «psykisk helse» og «kryskulturell erfaring», men i stedet for drøfting eller refleksjon om disse blir de beskrevet kort og er til begrenset nytte, spesielt sett i lys av hvor viktige mange av disse begrepene er

utover i boka. Del 2 tar for seg kunnskap om kultur, migrasjon og traumer for at helperen bedre skal forstå klienten. Om jeg kunne savnet mer kritiske refleksjoner omkring disse, for eksempel om migrasjonsfaser, oppveies dette ved at kunnskapen blir formidlet på en praksisnær måte, noe som fører til egne refleksjoner hos leseren. Den siste delen handler om helperen selv. Dette gjelder hvordan helpere forstår seg selv, med vekt på bevisstgjøring av tanker og følelser. Det handler også om utvikling av kompetanse både som handlinger og ferdigheter.

Boka rører ved mange sider ved migrasjon, kultur og traumer og er godt gjennomarbeidet. Særlig synes jeg det er bra at sammenheng mellom psykisk helse og sosioøkonomiske faktorer som bolig, arbeid og økonomi drøftes gjennom boka. Etikk og respekt er også innlemmet som viktige gjennomgangstemaer. For eksempel er informert samtykke og hva det betyr i praksis, godt drøftet. Et annet eksempel på en interessant og nyttig del av boka er en utforskning av hvordan man tar imot en ny klient. Forfatteren går detaljert gjennom forarbeidet og selve møtet med klienten og tydeliggjør mål, intensjon og hvordan dette kan gjøres i praksis.

MANGLER OPPDATERT FORSKNING

Til tross for at respekt og etikk er tydelige temaer, savner jeg et tydeligere menneske-



BOK *Kultur, migrasjon og traumer. Hva trenger helperen for å bidra til god psykisk helse og livskvalitet?*

FORFATTER

Karin Holt

FORLAG Gyldendal

ÅR 2019

SIDER 231

ANMELDT AV

Ragnhild Dybdahl, førsteamanuensis i psykologi, OsloMet og førsteamanuensis i global mental helse, Senter for krisepsykologi, UiB





MIGRASJON OG TRAUMER I boken *Kultur, migrasjon og traumer* kopler Karin Holt forskning og praksis, skriver vår anmelder. Bildet viser båtflyktninger på greske øyen Lesbos. Foto: Jan Tomas Espedal / NTB Scanpix

”

Dette er ei modig bok, og det er ei personlig bok

rettighetsperspektiv i boka. Menneskerettigheter kunne med fordel ha blitt drøftet både som en basis for arbeidet og som praktisk verktøy. Jeg savner også noe mer bruk av forskningsbasert kunnskap og kritiske refleksjoner om begreper. Flere henvisninger til nyere og relevant forskning og publikasjoner ville styrket boka, men kanskje endret den noe. Særlig kunne jeg ønske meg noe mer bruk av litteratur fra norsk kontekst, slik som studier av enslige mindreårige asylsøkere i Norge (f.eks. Jensen et al., 2014) og om bruk av menneskerettigheter som verktøy (Gording Stang & Sveaas, 2016), og knyttet til global mental helse og bærekraftmålene.

REFERANSER

Stang, E.G. & Sveaass, N. (2016). *Hva skal vi med menneskerettigheter? Betydningen av menneskerettigheter i helse- og sosialfaglig arbeid*. Gyldendal

MODIG

Dette er ei modig bok, og det er ei personlig bok. Forfatteren deler generøst av sine erfaringer og kunnskap fra et omfattende arbeid med klienter med bakgrunn som asylsøkere, flyktninger eller innvandrere, og erfaring med arbeid med hjelpere med ulike bakgrunn. Men hun deler også av egne følelser, egen utvikling og sårbarhet. Personlig synes jeg forfatteren klarer denne krevende formen på en god måte uten å krysse grensen til det som blir for privat.

Boka er skrevet slik at den kan være til nytte for mange faggrupper. Fordi den har så tydelig fokus på utvikling av kompetanse på en praktisk måte, vil den også kunne være ei god bok å bruke i utdanning av studenter på ulike fag. ✘

Jensen, T.K., Skårdalsmo, E.M.B., & Fjermestad, K. (2014). Development of mental health problems – a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*.

Skjønnheten i det ufullendte

Forfatteren oppfordrer til monotasking, i motsetning til multitasking, i en bok som gir et godt innblikk i deler av japansk kultur.

SIDEN JEG BEGYNTE å studere psykologi på 90-tallet, som en følge av min interesse for meditasjon og buddhisme, har forskningen på effekten av ulike typer meditasjon eksplodert. Selv om nevropsykologer og forskere i begynnelsen var skeptiske til om det som munkene oppnådde ved lang trening i meditasjon, hadde noen betydning for folk flest, ble det etter hvert tydelig at meditasjon skapte forandringer i hjernen. Disse funnene, om hjernens plastisitet og effekten av meditasjon, har gitt grobunn til en mengde forskningsprosjekter, i tillegg til en økt interesse for Østens kulturelle praksiser.

Jeg ble nysgjerrig på denne boka på grunn av tittelen. I buddhismen bruker man meditasjon for å oppnå et tomt sinn, det vil si et sinn fri fra forventninger og begjær, noe som leder til glede og velvære. Tittelen *Kraften i tomme tanker – Kunsten å tenke ingenting* er imidlertid misvisende. En tanke er alltid en tanke om noe. Det er likevel mulig å ha et tomt sinn, ifølge forfatteren. Dette kan skje gjennom å øve seg på å meditere i utallige timer, eller gjennom trening i kampsport, eller andre kunstformer. Videre peker forfatteren på hvordan det er mulig å nærme seg slike tilstander, og hvordan man kan leve livet med mer tilfreds-

stillelse gjennom å øve seg på det samme over tid, uten å forvente noe resultat.

Denne boka er en blanding av sosialantropologiske betraktninger farget av forfatterens egne opplevelser, hovedsakelig fra kampsport og meditasjon, og forklaringer basert på vitenskapelige funn om fenomener knyttet til oppmerksomhet og meditasjon. Det er ikke en ren selvhjelpsbok, men den kan ses på som en bok som oppfordrer oss til å finne ro og stillhet i sinnet. Forfatteren setter opp en rekke fordeler med det som hun kaller *monotasking*, i motsetning til *multitasking*.

ET SINN UTEN TANKER

Forfatteren gir en rekke eksempler fra forskjellige praksiser som er spesielle innenfor japansk kulturliv, og som fører til en tilstand av tomhet. For eksempel bevegelse i form av karate, kunst i form av urushi (tre- og lakkarbeid), ikebana (blomsterarrangering), pottemaking, kurvmaking, og rene kulturformer slik som te-seremonien, og meditasjon. Det som er felles i de fleste av disse, er at det kreves at man bruker mange år for å komme i en tilstand der oppgaven gjøres uten at tanken – om noe – er til stede.



BOK *Kraften i tomme tanker – Kunsten å tenke ingenting*

FORFATTER

Ingunn Kyrkjebø

ÅR 2020

FORLAG Cappelen

Damm

SIDER 183

ANMELDT AV

Karen Hagen Liste, psykolog, også kjent som Ani Könchog Lhamo





TANKETOMT En rekke praksiser innenfor japansk kulturliv gir en tilstand av tomhet., for eksempel te-seremonien. Man må bruke mange år for å komme i en tilstand der oppgaven gjøres uten at tanken - om noe - er til stede, skriver vår anmelder. Bilde: Hiroshige / Metropolitan Museum of Art

”

I østlig kulturer generelt er *væren* mye viktigere enn *gjøren*

Boka er bygd opp rundt et sentralt begrep som brukes innenfor kamp-sport og zen-filosofi: «mushin», som forfatteren sier betyr «tom tanke» eller «sinnet uten tanker». For meg er det den sistnevnte oversettelsen som høres riktig ut, fordi en tanke alltid er en tanke *om noe*, men det er mulig å øve seg til en tilstand der sinnet er tomt. I japansk kultur «ser man tomhet som et åpent rom der hvor den ytre verden flyter fritt gjennom sansene våre. Et rom der sinnet beveger seg i takt med forandringer, uten å sette seg fast i fordommer og forutinntatthet» (s. 159).

I kapittel fem gir forfatteren tips om hva en kan gjøre for å bli mer konsentrert, kreativ og tilfreds. Der refererer hun til hjerneforskning generelt. Selv om boka ikke er skrevet med fagpsykologer som målgruppe, savner jeg likevel at hun refererer til konkrete funn og studier.

Kapittel åtte, som har den nydelige tittelen «Kunsten å lese blomster og høre en kopp te», tar for seg zen-filosofien. Her introduseres et viktig japansk begrep: «wasi-sabi», som er noe som er høyt verdsatt i japansk kultur: Skjønnheten i det uperfekte, i det forbigående, eller i det ufullendte. Dette kan gi en følelse av mulighet, og er utfordrende for et perfektjonistisk, vestlig sinn.

Boka gir totalt sett et godt innblikk i aspekter ved japansk kultur. I østlig kulturer generelt er *væren* mye viktigere enn *gjøren*. I vestlig kultur vektlegger vi å *gjøre* ting og oppnå resultater, for å bevise at vi er verdt noe. Vi er oppfordret til å fikse ting, finne løsninger, eller forklaringer, istedenfor å være til stede i øyeblikket. I mange filosofier i Østen har man et ideal om at det er nok å være til som en del av den levende verden, uten betingelser. I buddhismen sier man at alle har «buddhanatur», det vil si har muligheten til å våkne opp. ✘

LEDIGE KONTORER I OSLO. Kontorer, sentralt beliggende på Frogner til leie, heltid og deltid i et faglig sammensatt kontorfellesskap med psykiatere og psykologer. Ukentlig fagseminar og et trivelig og stimulerende arbeidsmiljø. Felles kontorfasiliteter. Kontakt Kim på mail@psykoterapi.org for visning eller spørsmål.



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Ansvarsforsikring

Norsk psykologforening har en avtale med Storebrand om en kollektiv ansvarsforsikring. Som medlem er du med i forsikringsordningen såfremt du ikke har reservert deg fra denne.

Ansvarsforsikringen for medlemmer dekker erstatningskrav fra klienter og er et supplement til Norsk pasientskadeerstatnings (NPE) dekning.

Forsikringspremien innkreves en gang per år, og du kan velge om du vil betale via avtalegiro eller på egen faktura (giro).

Du kan lese mer om forsikringsordningen på hjemmesiden www.storebrand.no/akademikerne

Hvis du ikke ønsker forsikringen i 2021, kan du reservere deg fra denne innen 15. oktober 2020.

Reservasjon, og bestilling, kan sendes på e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook



PARKURSET «OSS TO OG ASF»

Det kan være utfordrende å leve i et parforhold hvor én av oss har en diagnose innen autismespekteret. Det kan gjelde både praktisk hverdagsliv og kommunikasjon – følelser. Dette kurset er nytt i Norge og par med egenerfaring har bidratt under utvikling av kurset. Kurset bygger på forskning og litteratur om parforhold og ASF.

KURSINNHold

Kurset inneholder undervisning og praktiske oppgaver. Vi ser på hvordan det kan oppleves å leve i et parforhold hvor én av oss har ASF, både for partner med og partner uten ASF. Vi tematiserer forskjeller i hjernens fungering og vi jobber med gjensidig forståelse. Fokuset er på hva vi kan gjøre for å ha det godt sammen.

KURSLEDERE:

Ellen Kirkebø Landa har master i familierapi og jobber på familiekontor. **Frode Pedersen** har master i familierapi med fordypning i parforhold og ASF. Han jobber også på familiekontor. Begge er erfarne kursledere i parkurset «Hva med oss».

FOR HVEM?

Par hvor en av partnerne har en diagnose innen autismespekteret. Kurset passer best for par som ønsker å jobbe med forholdet og de virkninger ASF kan gi for samlivet.

HVOR OG NÅR?

Kursene holdes på Holmen Fjordhotell Asker og starter lørdag kl. 10 og avsluttes søndag kl. 14. To fulltregnede kurs ble gjennomført tidligere dette år. Neste kurs holdes 14.–15. november og har ledige plasser. Nye kurs blir satt opp for 2021.

PÅMELDING OG BETALING

Påmelding/spørsmål mailes til frode.pedersen@bufetat.no. Egenandel kr 1.000 pr. par alt inkludert.

Grenland Familievernkontor



Halstead-Reitan metoden – Påbygningskurs

Målgruppe

Kursets målgruppe er psykologer som allerede behersker administrasjon av Halstead-Reitan Testbatteri, og som har behov for å lære mer inngående om tolkning av testresultatene.

Målsetting

Avansert bruk av Halstead-Reitan Testbatteri.

Kursinnhold

Gjennomgang av ulike skåringssystemer, normsett og tolkningsregler. Hvordan knytte testresultater til bestemte anatomiske strukturer i hjernen. Hvordan beskrive testresultatene i journal og tolkningen som ligger til grunn for resultatet. Hvordan gradere sikkerhet av konklusjoner. Hvordan bruke metoden i sakkyndighets- eller rettsaker. Aktuelle supplerende metoder vil bli presentert og drøftet.

Undervisningsmetode

Plenumsforedrag, gruppeoppgaver og kasus-drøftinger.

Etter kurset

Etter endt kurs kan deltakeren bruke tre ulike normsystemer og kjenner styrke og svakhet ved de ulike normsett. Deltakeren kan basert på testresultatet angi om det er en skade eller sykdom i hjernen, og angi grad av sikkerhet. Videre om hvilken del(er) av hjernen som er mest affisert, særlig med vekt på lateralisererte funn. Ut fra testresultater, analyser av disse og data fra sykehistorie skal kursdeltaker kunne identifisere hvilken sykdom eller skade som er mest sannsynlig årsak.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

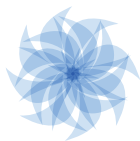
Sted og dato: Oslo, 5.-6. november 2020

Påmeldingsfrist: 1. oktober 2020

Medlemspris: kr 7 200

Kursnr.: 105-20

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning)



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30

VIL DU BLI SPESIALIST I BARNE- OG UNGDOMSPSYKOLOGI?



Regionsenter for barn og unges psykiske helse

Helseregion Øst og Sør

Spesialistundervisningsprogram for psykologer, starter januar 2021. Det er fortsatt ledige plasser og søknadsfristen er **1. november 2020**.

Du kan lese mer om RBUPs undervisningsprogram for psykologer samt melde deg på programmet på våre nettsider: www.r-bup.no

Ved spørsmål, kontakt:
Kurskoordinator: renate.stendal@r-bup.no
Studieleder: kristin.moe@r-bup.no

Undervisningen skjer i stabile grupper over tid, med ro til langsgående prosesser og terapeututvikling.

Programmet tar sikte på å fange kompleksitet og dybde i den kliniske hverdagen.

Alle gruppelærerne er erfarne klinikere.

RBUP

Digitalt kurs i avtalepraksis – takstbruk for avtalespesialister

Torsdag 26. november 2020 kl. 10.00–17.00

Kurset gir en innføring i rammeverket for avtalepraksis med grundig gjennomgang av takstsystemet, relevante avtaler for psykologspesialister med driftsavtale og konkrete eksempler på takstbruk.

Kurset er primært rettet mot avtalespesialister i oppstarts- eller tidlig fase av avtalepraksis, men mer etablerte avtalespesialister som ønsker en gjennomgang av avtaleverk og takstsystem er også velkomne til å delta.

Riktig takstbruk er viktig for økonomisk inntjening i avtalepraksis, og kan forhindre unødvendige henvendelser og sanksjoner fra myndighetene på grunn av uriktig takstbruk.

Tid: 26. november kl. 10.00–17.00

Sted: Digital via Zoom.
Nærmere informasjon og lenke til oppkobling vil bli sendt til påmeldte i forkant av kurset.

Kursledere:
Heidi Roald og Julius Okkenhaug

Påmelding innen mandag 16. november til e-post pernille@psykologforeningen.no.

Kurset er gratis for medlemmer av Norsk psykologforening.



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Norsk psykologforening, Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo | Tlf: 23 10 31 30

FORHANDLINGSSAVDELINGEN



Psykologen i rettssystemet: **Psykologen som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett**

Tema

Arbeidet som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett.

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister.

Målsetting

Å få en grunnleggende forståelse for sakkyndighet og sakkyndighetsrollen og hvordan denne skiller seg fra øvrig klinisk arbeid. Få kjennskap til ulike områder hvor psykologer er etterspurt som sakkyndige. Kjenne til beslutningsteori og hvilke systematiske feil som kan begås ved beslutningstaking. Kunne fremstå i en rettslig sammenheng på en profesjonell måte. Det vil primært bli separate forelesninger og noen øvelser

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

Om kursleder

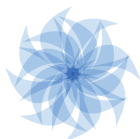
Pål Grøndahl, spesialist klinisk voksenpsykologi og ph.d. Grøndahl er forsker ved Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus. Han har publisert flere artikler om rettspsykiatri og sakkyndighet mv. Han har arbeidet som rettspsykiatrisk sakkyndig de siste 17 årene og er aktiv debattant knyttet til spørsmål om sakkyndighet, rettspsykiatri, rettspsykologi og psykisk helse.

Sted og dato: Oslo, 26.-27. november 2020

Påmeldingsfrist: 22. oktober 2020

Medlemspris: kr 7 200

Kursnr.: 110-20



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30





Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region vest

MST-teamet i Bergen trenger leder/veileder og søker:
Psykolog/psykologspesialist

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST). Dette er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av NUBU, datterselskap av NORCE. I region vest drives det totalt 4 MST- team.

Et team består av flere terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Veileder er tilgjengelig for terapeutene 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-veiledere, og er godt økonomisk kompensert. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig samarbeid med MST-konsulent og regelmessige fagseminarer.

Søknadsfrist 15.10.2020. Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig seks helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukhusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseforetaka har om lag 27 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Førde

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Førde er ledig omgåande.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- innrutting av praksis
- eigenskapar for heimelen
- samarbeid med andre

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Norsk psykologforening.

Avtalespesialisten skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten utfører undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

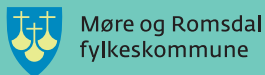
Avtalespesialisten skal ha eit nært og forpliktande fagleg samarbeid med Helse Førde ved Førde DPS om oppgåvefordeling og for å sikre rett prioritering og gode pasientforløp. Det blir forventat at avtalespesialisten også tar imot pasientar som vert tilvist frå Helse Førde ved Førde DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten. Avtalepraksisen skal i samarbeid med Helse Førde også innrettast i tråd med utviklinga i faget og korleis behovet i befolkninga utviklar seg.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar før det vert gitt tilbod om avtaleheimelen.

Spørsmål om heimelen kan rettast til Helse Vest ved Torleiv Bergland, tlf. 51 96 38 22.

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4066 Stavanger.

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



Møre og Romsdal
fylkeskommune

Vi søker psykolog

til tannhelsetilbud for personar med odontofobi og personar som har blitt utsett for tortur og overgrep. 20-40% fast stilling, Ålesund kompetanseklinikk.

Søknadsfrist 2. november

Les meir på mrfylke.no/jobb



NORDRE LAND
KOMMUNE

NORDRE LAND KOMMUNE HAR LEDIG STILLING SOM PSYKOLOG I 100 % FAST STILLING.

ARBEIDSOPPGAVER: Det er en målsetting at du kan tilføre kompetanse og kunnskap, gi faglig støtte og veiledning både til fagpersoner og ulike avdelinger i kommunen. Stillingen integreres i det tverrfaglige arbeidet rundt barn og unge, og vil være en kombinasjon av system- og individrettet arbeid, der du i stor grad kan påvirke og forme stillingen. Arbeidet vil preges av tjenesteutvikling og du blir en viktig medspiller i kommunens satsning på barn og unge. Stillingen vil ha arbeidsoppgaver som inneholder systemarbeid, forebyggende arbeid, veiledning, tverrfaglig samarbeid, lavterskel-behandling og oppfølging. Fordelingen av innsatsen mellom disse områdene vil avtales nærmere i dialog mellom deg og kommunen.

VI TILBYR:

- Lønn etter avtale
- God pensjonsordning og forsikringer gjennom KLP
- Tilrettelegging for spesialistutdanning etter avtale
- Pr. tiden gratis parkeringsplass i umiddelbar nærhet til kontorstedet og fleksitidsordning

Les mer om stillingen på vår hjemmeside:

www.nordre-land.kommune.no



SYKKYLVEN

KOMMUNEPSYKOLOG/ PSYKOLOGSPESIALIST

Sykkylven kommune,
Barne- og familietenestene

Er du ein psykolog med gode kommunikasjons- evner og engasjement for barn og ungdom?

Vi har ledig 100 % fast stilling som kommune-psykolog for barn og unge (0–18 år) frå medio november 2020. Stillinga er organisert under barne- og familietenestene saman med helsestasjon, barnevernteneste, ppt, ergo- og fysioterapiteneste, flyktningteneste og frivilligsentral, og er samlokalisert med ppt.

Sykkylven kommune har hatt psykologtilbud sidan 2011, og tenesta er godt innarbeid i organisasjonen.

Vi tilbyr mellom anna:

- Godt arbeidsmiljø og engasjerte medarbeidarar
- Veiledning og høve til kompetanseheving
- Tilsetting i tråd med offentleg avtaleverk
- Ein god arbeidsstad i hjartet av Sunnmørsalpane

Søknadsfrist: 15.10.2020.

For fullstendig utlysing og informasjon om stillinga, sjå **www.sykkylven.kommune.no**

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
11/20	16.10	02.11
12/20	18.11	01.12

ANNONSEFORMATER

1/1 side	1/2 side	1/4 side
Stående	Stående	Liggende
170x234	82,5x234	170x115
		82,5x115

PRISER STILLINGSANNONSER/ PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	17 350	15 950
1/2 side	13 350	11 950
1/4 side	11 350	9 950

Annonser som skal lages som trykk-klar PDF blir belastet med kr 850 per annonse. Alle priser er ekskl. mva.

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President****Håkon Kongsrud Skard**

23 10 31 30
hakon@psykologforeningen.no

Visepresidenter**Rune Frøyland**

rfroey@online.no
450 30 522

Arnild Lauveng

913 17 162
post@arnhildlauveng.com

Medlemmer**Siri Næs**

902 68 699
siri.naes@gmail.com

Hanne Indregard Lind

948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit

909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Lars Asle Einarsen

951 41 036
lars.asle.einarsen@gmail.com

Britt Randi Hjartnes

Schjødt
922 99 371
bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen

957 27 801
ingvildg@gmail.com

Eldrid Robberstad

475 00 308
eldrid.robberstad@sola.kommune.no

Studentrepresentanter**Guro Holte Igesund**

464 27 727
guroigesund@gmail.com

Viljar Møretro

910 03 670
viljar-96@hotmail.com

Varmedlemmer**Jakob Støre-Valen**

984 23 805
jakob@valen.cc

Alf Martin Eriksen

909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus****Joan Sigrun Nygard**

joan.sigrun.nygard@vestreviken.no
416 66 260

Aust-Agder**Janne Veer**

Janne.Hammervold.Veer@sshf.no
452 14 480

Buskerud**Even Rognan**

EVEROG@vestreviken.no
410 28 606

Finnmark**Dagmar Patricia Steffan**

dagmar.patricia.steffan@finnmarkssykehuset.no
971 95 996

Hedmark**Lene Engen Kleppe**

leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland**Runa Kongsvik**

runa.kongsvik@gmail.com
938 63 918

Møre og Romsdal**Eva Røv Eidset**

eva.eidset@helse-mr.no
916 10 080

Nord-Trøndelag**Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland**Iris Anette Söderholm**

irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland**Iver Sørli Røhr**

iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo**Birgit Aanderaa**

biraan@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland**Elise Constance Fodstad**

ecgr@sus.no
930 07 971

Sogn og Fjordane**Solbjørg Torheim Hanitz**

solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag**Kjersti Sandnes**

sandneskjersti@gmail.com
916 72 756

Telemark**Birgitte Lindø**

libi@siv.no
473 83 123

Troms**Espen Nicolaisen**

espennicolaisen@outlook.com
950 60 605

Vest-Agder**Ann Birgithe S. Eikhom**

abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold**Anne-Kristin Imenes**

anne.kristin.imenes@gmail.com
907 55 410

Østfold**Øyvind Nordhus**

nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD**Maria Norheim, leder**

Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER****Rune Raudeberg, leder,**

e-post rune.raudeberg@gmail.com, tlf. 952 47 487

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET****Rune Frøyland, leder,**

tlf. 450 30 522

Ingvild Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

Bjørn Arne Øvrebø, Stat,

tlf. 982 49 732

Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

Ingrid Grov Mannsverk,

Oslo kommune, tlf. 482 98 128

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS****Rune Frøyland, leder,**

e-post rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPECIALITETSRADET**Arnild Lauveng,**

e-post post@arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

KVALITETSUTVALGET

Arnhild Lauveng,
e-post post@
arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Geir Skauli, leder, e-post
geir.skauli@skien.kommune.
no, tlf. 907 90 513

**Barne- og
ungdomspsykologi**

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@
gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

Trine Eikrem, leder, e-post
trine.eikrem@bufetat.no,
tlf. 466 16 566

**Rus- og
avhengighetspsykologi**

Eva Karin Løvaas, leder,
e-post evakarinoevaas@
gmail.com, tlf. 916 64 076

Eldrepsykologi

Jørgen Wagle, leder,
e-post jorgen.wagle@
aldringoghelse.no,
tlf. 950 74 358

Psykoterapi

**Ingunn Aanderaa
Opsahl**, leder, e-post
ingunnaanderaa@hotmail.
com, tlf. 971 50 507

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder,
e-post ivarelvik@gmail.com,
tlf. 454 74 400

Nevropsykologi

Rune Raudeberg, leder,
e-post rune.raudeberg@
gmail.com, tlf. 952 47 487

Habiliteringspsykologi

Tonje Elgsås, e-post
tonjeped@gmail.com,
tlf. 922 33 224

Arbeidspsykologi

Anette Høy Dye, leder,
e-post anette.hoy.dye@
moment.consulting,
tlf. 928 24 338

**Samfunn- og
allmennpsykologi**

Kjersti Hildonen, leder,
e-post khi@lorenskog.
kommune.no, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder,
e-post borrik.schjodt@helse-
bergen.no, tlf. 990 27 309

**GODKJENNINGS-
UTVALGET**

Ole André Solbakken,
leder, e-post o.a.solbakken@
psykologi.uio.no
tlf. 913 75 496

**ANKEUTVALGET FOR
SPECIALISTSAKER**

Kim Larsen, leder, e-post
kim.larsen@so-hf.no,
tlf. 69 32 62 24

**FAGUTVALG FOR
RETTPSYKOLOGI OG
SAKKYNDIGHET**

Annika Melinder, leder,
e-post a.m.d.melinder@
psykologi.uio.no,
tlf. 930 80 618

**STUDENTPOLITISK
UTVALG**

Guro Holte Igesund, NTNU,
leder, e-post guroigesund@
gmail.com, tlf. 462 27 727

KLIMAUTVALGET

Tommy Sotkajærvi, leder,
e-post sotkarjaervi@gmail.
com, tlf. 984 18 586

**FORSKNINGSPOLITISK
UTVALG**

Roger Hagen, leder, e-post
roger.hagen@svt.ntnu.no,
tlf. 481 09 789

**MENNESKERETTIG-
HETSUTVALGET**

Reidar Hjermann, leder,
e-post rh@hjermann.no,
tlf. 994 47 291

TESTPOLITISK UTVALG

Tanya Ryder, leder, e-post
tanya.ryder@hotmail.com,
tlf. 918 41 109

**YNGRE PSYKOLOGERS
UTVALG**

Espen Falch-Nicolaisen,
fung. leder, e-post
espennicolaisen@outlook.
com, tlf. 950 60 605

**VALGKOMITEEN
I NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Ane Johnsen Lien, leder,
e-post ane.lien@lyse.net,
tlf. 414 02 259

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Karsten Karlsøen,
kommunikasjonssjef og
myndighetskontakt, e-post
karsten@psykologforeningen.
no, tlf. 976 11 591
Stine Vedvik, nettredaktør,
e-post stine.vedvik@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no
Toril Dyrhøvd,
nestleder, e-post toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Åste Herheim,
fagsjef, e-post aste@
psykologforeningen.no
Aina Fraas Johansen,
nestleder, e-post aina.f.j@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningsjef,
e-post bjornhild@
psykologforeningen.no
Eva Danielsen,
nestleder, e-post eva@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

**NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
Faks 22 42 42 92
E-post post@
psykologforeningen.no
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse:
Grev Wedels plass 4

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Privatpraksis
Kjersti Arefjord, Universitetet i Bergen
Eva Dalsgaard Axelsen, Universitetet i Oslo
Henning Bang, Universitetet i Oslo
Per-Einar Binder, Universitetet i Bergen
Anne Inger Helmen Borge, Universitetet i Oslo
Tim Brennen, Universitetet i Oslo
William Brochs-Haukedal, Norges handelshøyskole
Nikolai Czajkowski, Universitetet i Oslo
Knut Dalen, Universitetet i Bergen
Gudrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Fanny Duckert, Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland, Høgskulen i Volda
Ståle Einarsen, Universitetet i Bergen
Hege R. Eriksen, Universitetsforskning Bergen
Anders Martin Fjell, Universitetet i Oslo
Magne Arve Flaten, Universitetet i Tromsø
Rolf W. Gråwe, St. Olavs hospital
Siri Erika Gullestad, Universitetet i Oslo
Roger Hagen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Odd E. Havik, Universitetet i Bergen
Anthony Hawke, Familievernkontoret i Stavanger
Asle Hoffart, Modum Bad
Arne Holte, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Hanne Haavind, Universitetet i Oslo
Reidun Ingebretsen, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Tine K. Jensen, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Leif Edward Ottesen Kennair, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Stein Knardahl, Statens arbeidsmiljøinstitutt
Gerd Kvale, Universitetet i Bergen

Øyvind Kvello, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Kim Larsen, Sykehuset Østfold
Arild Lian, Bredtvet kompetansesenter
Gro Therese Lie, Universitetet i Bergen
Astri J. Lundervold, Universitetet i Bergen
June Ullevoldsæter Lystad, Oslo Universitetssykehus
Svein Magnussen, Universitetet i Oslo
Øyvind Lund Martinsen, Handelshøyskolen BI
Willy-Tore Mørch, Universitetet i Tromsø
Simon-Peter Neumer, RBUP Øst og Sør, Oslo
Geir Høstmark Nielsen, Universitetet i Bergen
Hans Nordahl, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen
Terje Ogden, Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU)
Ståle Pallesen, Universitetet i Bergen
Magne Raundalen, Senter for krisepsykologi
Ivar Reinvang, Universitetet i Oslo
Astrid M. Richardsen, Handelshøyskolen BI
Jan H. Rosenvinge, Universitetet i Tromsø

Bjørn Rishovd Rund, Universitetet i Oslo
Frida Gullestad Rø, Universitetet i Oslo
Michael Helge Rønnestad, Universitetet i Oslo
Gro Mjeldheim Sandal, Universitetet i Bergen
Per Øystein Saksvik, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Borrik Schjødt, Haukeland universitetssykehus
Jan Skjerve, Universitetet i Bergen
Ingunn Skre, Universitetet i Tromsø
Arvid Skutle, Stiftelsen Bergensklinikkene
Lars Smith, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse
Håkan Sundberg, Universitetet i Bergen
Frode Svartdal, Universitetet i Tromsø
Nora Sveaass, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
Stephen von Tetzchner, Universitetet i Oslo
Odd Arne Tjersland, Universitetet i Oslo
Bente Træen, Universitetet i Oslo
Merete Øie, Sykehuset Innlandet HF
Simon Øverland, Universitetet i Bergen

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistopp-gave.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2650, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 185 + porto/eksp.gebyr.

Annonser: Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

Frist for innlevering av annonser:
16.10, 18.11, 14.12, 18.01, 15.02, 19.03, 19.04,
19.05, 18.06, 19.07, 19.08, 17.09, 18.10, 18.11

