

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSY KOL OGI

Vol.58 nr.04 2021

**Ingen
justismordjeger**

NÅ-intervjuet

**TUNG VEI TIL
MEDISINFRI
BEHANDLING**

Aktuelt

**Små barn
og traumer**

Fra praksis

Arv framfor miljø

Bokessay



PSY KOL OGI

Vol. 58 nr. 04 2021

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams,

katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

Redaksjonssjef og nettredektør Per Olav Solberg,

perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

Psykologfaglig redaktør Gro Walø-Syversen,

gro@psykologtidsskriftet.no, tlf. 908 45 076

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

Teknisk redaktør Christian von Schack,

christian.schack@psykologtidsskriftet.no, tlf. 483 30 455

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

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

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Øveraas Halvorsen, Cathrine Idsøe,

Pia Beate Pedersen og Martin Bystad

Denne utgaven ble godkjent til trykk 25.03.2021

Omslagsillustrasjon Christian Bloom

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



Foregangslandet Norge?

Norge er det første land i verden som har etablert medisinfritt behandlingstilbud organisert under de offentlige helsetjenestene. Tilbudet er ikke like godt kjent for alle og ikke like anerkjent blant dem som er innvidde.

I saken «Må kjempe for medisinfri behandling», som du kan lese på side 246, finner vi at fagpersoner beskriver tilbudet som uvitenskapelig. Brukere argumenterer på sin side med at pasienterfaringer i utilstrekkelig grad trekkes inn i forståelsen av evidensbasert behandling, som i så fall er i strid med Prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis (2007).

Problemstillingen er sammensatt. På den ene siden kan medisiner bidra til at utsatte pasienter blir tilgjengelig for behandling overhodet. Med manglende sykdomsinnsikt blir ingen behandling relevant, heller ikke medisinfri behandling. På den andre siden rapporterer mange pasienter om en tilværelse på antipsykotiske medikamenter som en frarøvet eksistens. Medisinene har en rekke bivirkninger, og en ikke ubetydelig undergruppe av pasientene har ikke utbytte av dem. Viktige dilemma er knyttet til avveininger av risiko og skade knyttet til bruk eller ikke bruk av antipsykotika, pasientens medbestemmelse og hvilke ingredienser som må inngå i evidensbasert praksis.

Diskusjonen kan være gjort særlig utfordrende i Norge, som ser ut til å bruke tvang i større grad enn mange andre land. Dette kan handle om ressurser, nedbygging av døgn- og hjelpetilbud, men FN har fremsatt krav til Norge om å redusere omfanget av bruk av tvang i psykisk helsevern. Dette utgjør et helsepolitisk bakteppe i etableringen av medisinfrie behandlingstilbud.

I året som kommer, vil Psykologtidsskriftet rette søkelyset på norske psykologers rolle i tvangsbehandling. Temaet er aktualisert ved at det i 2021 har gått 20 år siden psykologer fikk anledning til å fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern med hjemmel i lov om psykisk helsevern. Det er tverrpolitisk enighet om å redusere bruken av (unødig) tvang, men tallene på tvangsvedtak står stille.

Vi har i liten grad sett psykologer ta til orde i diskusjonen i våre spalter, noe vi undrer oss over. Hadde ikke psykologprofesjonen så mye å tilby likevel? ✘



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



Viktige dilemma er knyttet til risiko, skade, pasientens medbestemmelse og hvilke ingredienser som må inngå i evidensbasert praksis

246



FOTO: SILJE MARGRETHE JØRGENSEN

MOTSTAND MOT MEDISINFRITT

- Enkelte behandlere vegrer seg for å henvise pasienter til medisinfrie tilbud, sier Dagfinn Bjørgen, leder for Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling.
- Da innfris ikke pasientens rett til fritt behandlingsvalg, understreker han.

Aktuelt

266



FOTO: T. SKILLESTAD / NTB SCANPIX

FRA TVANGSARBEID TIL RUSREFORMER

Halvor Kjølstad tar oss gjennom en 120 år lang historie om behandling av rusavhengige.

Fagessay



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

TÅKEPRAT

«Etter første forelesning følte jeg meg som en del av den 'gemene hop' (...) Jeg stod utenfor den akademiske høyborg med lua i hånda.»
 Psykologstudent Håkon Huth vil akademisk tåkeprat til livs.

Meninger

Innhold

- 241 **Foregangslandet Norge?**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 244 **Ingen justismordjeger**
NÅ: Atle Austad | Per Halvorsen
- 246 **Må kjempe for medisinfri behandling**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 255 **Helseministeren aksepterer ikke behandlingsnekt**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 256 **En norsk pilotstudie av ferdighetstesten**
Fasiliterende interpersonlige ferdigheter
Vitenskapelig artikkel | Truls Ryum et al.
- 266 **Fyll og annet spetakkel**
Fagessay | Halvor Kjølstad
- 274 **Traumebehandling for små barn**
Fra praksis | Anita Krøvel-Velle et al.
- 282 **Er fjerndiagnostisering et sidespor eller nødvendig folkeopplysning?**
Etikkpanelet | Maria Løvvik Norheim
- 284 **Spesialiserte team for spiseforstyrrelser**
Fagessay | Liv Kleve et al.
- 289 **Epistemisk tillit er et tvilsomt begrep**
Kommentar | Sigmund Karterud
- 291 **Ny sjanger**
Derfor | Katharine Cecilia Williams
- 292 **Kroppsbasert læring**
Fra praksis | Kari Galaaen
- 297 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Akademisk tåkeprat | Håkon Huth (s. 298)
Debutt: Tverrfaglig samarbeid (s. 302),
Standardisering (s. 304, 306 & 308), Skam (s. 310),
ME (s. 312) & Tester (s. 314)
- 315 **INNTRYKK**
Bokessay: Født sånn eller blitt sånn - ti år etter |
Fredrik Mikkelsen (s. 316)
Anmeldelser: Vekten av hverdag (s. 320), Grundig
om utviklingspsykologi (s. 322)
- 324 **Minneord: Ingebjørg Bjerkem Roel (1979–2021)**
- 325 **Annonser**
- 330 **Stillingsannonser**

Ingen justismordjeger

Atle Austad tvilte på bevisene mot Viggo Kristiansen og ble uglesett, også av kolleger. Men vedtaket om å gjenåpne Baneheia-saken trigger ikke noe behov for å hovere.

TEKST Per Halvorsen FOTO Nora Skjerdingstad

– Hva var din første reaksjon da Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker (Gjenopptakelseskommisjonen) besluttet å gjenåpne Baneheia-saken 19. februar?

– Jeg var nervøs, for jeg var jo personlig engasjert i saken. Jeg hadde aldri trodd gjenåpning skulle skje. Da det likevel skjedde, ble jeg veldig overrasket og lettet.

– Hvorfor trodde du det ikke skulle skje?

– Fordi det er en sak som er ganske betent for rettsystemet. Sterke krefter jobbet imot gjenopptakelse. Alle som har vært involvert, har vært emosjonelt preget.

– Fortell kort om din rolle i saken.

– I løpet av mitt arbeid som Viggo Kristiansens terapeut fra 2004 oppdaget jeg at det jeg oppfattet som sentrale bevis, var unndratt saken og dermed ikke var forelagt forsvaret eller retten. Det gjaldt blant annet gjerningsmannsprofilen, som konkluderte med at det bare kunne være én drapsmann. Jeg sendte opplysningene til Kristiansens advokat, som videreformidlet dem til Gjenopptakelseskommisjonen. E-posten min kom offentligheten for øre etter at jeg ble innklaget til fylkeslegen og Psykologforeningens fagetiske råd av Ada Sofie Austegard, moren til det ene offeret i Baneheia. Dermed ble det en mediasak der jeg framstod som varsler.

– Du var sentral også i gjenåpningen av saken mot Åge Vidar Fjell, som ble dømt for drap i 1990, men altså på feilaktig grunnlag, viste det seg i ettertid. Har du en spesiell evne til å lukte deg fram til potensielle justismord?

– Jeg eier ikke teft. Det handler om logikk. Jeg leste dommen og annet materiale jeg fikk til-

Hvorfor NÅ?

- Psykolog Atle Austad ble utsatt for massiv kritikk da han som terapeut for Viggo Kristiansen, en av de dømte i Baneheia-saken, sådde tvil om bevisgrunnlaget og Kristiansens skyld.
- Han ble innklaget for Fylkeslegen og Psykologforeningens fagetiske råd som ikke fant noe å kritisere ham for.
- 19. februar 2021 besluttet Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker å gjenåpne Baneheia-saken.

Les også i Psykologtidsskriftet:

- Plikt til å varsle
- Den drapsdømtes forsvarer
- Psykologer kan ha yringsplikt om skyldspørsmål

gang til. Premissene for konklusjonene som ble trukket, stemte ikke. Utgangspunktet mitt da jeg møtte de dømte, var at dommene var riktige. Jeg hadde ingen «følelse» av det motsatte, og jeg har aldri lett etter bevis på uskyld. Men regnestykkene gikk ikke opp. Gjennom årene har jeg hatt cirka 300 pasienter som er blitt dømt for overgrep eller annen vold. Bare i disse to tilfellene har jeg landet på at «her er det noe alvorlig galt», og den statistikken gjør meg ikke akkurat til justismordjeger.

– Du ble etter hvert innklaget til Psykologforeningens fagetiske råd og fikk pepper både av kolleger og personer med sterkt «eierforhold» til Baneheia-saken. Hvordan vurderer du disse reaksjonene i dag?

– Jeg var veldig glad for behandlingen i Fagetisk råd, som ga meg full støtte. Jeg ble samtidig ganske overrasket, for jeg hadde hørt rykter om at rådet ofte «tar» sine egne. Så var det noen psykologer og psykiatere som mer eller mindre ville ta fra meg lisensen på grunnlag av hva jeg hadde sagt og ment, og på grunnlag av min terapi, uten at de visste noe som helst om min terapi. Det er alvorlig. Igjen tror jeg det handler om at saken er så betent at folk handler emosjonelt og spontant.

– Fylkeslegen fant ingenting å kritisere deg for, og nå har ettertiden gitt deg rett i at rettsapparatet bør se på Baneheia-saken på nytt. Får du lyst til å ta en sånn «hva var det jeg sa»?

– Egentlig ikke. Men jeg er fornøyd med å ha fått en slags oppreisning. Jeg følte meg jo litt idioterklært. Narrativet var jo at jeg i terapien med Viggo hadde «følt» meg fram til at han var uskyldig. Det var altså ikke det som var tilfellet.



ALENE Atle Austad opplevde liten støtte fra kolleger da det stormet rundt ham fordi han sådde tvil om Viggo Kristiansens skyld i Baneheia-saken.

Da det stormet som verst, fikk jeg marginal støtte. Etter den 19. februar har jeg fått omtrent 100 sympatierklæringer. Det hadde vært fint om jeg hadde fått noen av dem også i 2014.

– Hadde du forventet mindre emosjonelle reaksjoner fra folk med forutsetninger for å vite noe om hvordan vi påvirkes av gruppetenking og mediedramaturgi?

– Jeg ble egentlig ikke så overrasket. Mitt inntrykk er at psykologer – som mange andre – søker trygghet og ofte snur kappen etter vinden. Da jeg var student, sa instituttlederen at han håpet noen av oss skulle bli en «enarmet banditt», en som ikke uten videre godtok oppleste sannheter. Det traff meg veldig. I Baneheia-saken hadde jeg ikke tenkt å si noe som helst om bevisene, for det holdt jo advokatene til Viggo Kristiansen på med. Men etter at e-posten om bevisunndragelse ble offentlig kjent, fikk jeg rollen som varsler. Jeg tenkte ikke på meg selv som varsler.

– Hvordan var det rent personlig for deg å stå i denne stormen?

– Det var beintøft. Etter at jeg stod fram, har jeg for eksempel ikke fått oppdrag fra rettsmedisinsk kommisjon som strafferettslig sakkyndig. Jeg fikk drapstrusler i sosiale medier. Jeg blir stadig omtalt som en omstridt og kontroversiell psykolog med negativ under- og overtone. Jeg opplevde at media ikke var interessert i å fortelle min versjon av historien, og det gikk seks måneder fra jeg ble innklaget til Fylkeslegen til jeg fikk

beskjed om at terapien var god, og uten en linje kritikk. Da hadde jeg ikke bruk for det psykologiske forsvaret mitt lenger og fikk plutselig en uventet angst. Det hadde jeg aldri hatt før. Jeg var redd for de utroligste ting i flere måneder, blant annet redd for å åpne brev fra banken. Jeg kan kjenne på det ennå. Jeg ble nok ganske traumatisert. Hvis det jeg opplevde, er en slags normal i slike situasjoner, blir det jo ikke enklere å si ifra.

– Hvilke lærdommer trekker du av det som har skjedd, som også andre kan ha nytte av?

– Det måtte være at det vil være lurt å etablere en slags krisegruppe av folk du stoler på, som kan gi deg støtte underveis. For slik støtte trengs. Kollegialt ble jeg stående ganske alene. Men ikke helt. Jeg fikk støttemeldinger fra fem kolleger. Én kollegial henvendelse var særlig betydningsfull, den fra han som sa til meg: «Atle, ikke vik en millimeter, og hvis du trenger det, ringer du meg.» Det gjorde meg mer standhaftig. Det er viktig å vise nysgjerrighet overfor kolleger som går inn i slike saker; møte dem med åpent sinn og spørre seg om det er noe her.

– Med de erfaringene du har gjort deg, ville du gjort det samme i dag?

– Jeg ville absolutt det, slik jeg er skrudd sammen. Jeg kan bli krigersk hvis det er noe jeg oppfatter som urettferdig. Jeg har lært at det ikke er kostnadsfritt.

– Hva skal du gjøre nå?

– Jeg har blant annet lyst til å bidra til å endre systemet for oppnevning av rettssakkyndige, og øke kvaliteten på rettspsykiatrien. I dag gjøres oppnevningene av statsadvokatene og den rettsmedisinske kommisjon. Hvis rettssakkyndige går imot statsadvokaten, får de nok ikke så mange oppdrag igjen. Det er rettsikkerhetsmessig problematisk. Derfor burde det være en uavhengig gruppe som formidlet oppdragene, eller en fast gruppe sakkyndige med vesentlig bedre faglige kvalifikasjoner enn tilfellet er i dag. Jeg har også fått noen tanker om å bidra til å etablere en ny form for gjenopptagelseskommisjon, som er uavhengig av statsadvokaten. Jeg tror nok det er behov for å se på noen saker i Norge på nytt med mer objektivt blikk. Og så har jeg ideer til en bok eller to. En om enkelte sider ved rettspsykiatrien i Norge, en annen der jeg muligens skal bidra sammen med Viggo Kristiansen. ✘



Må kjempe for medisinfri behandling

Fem år etter at medisinfri behandling skulle være på plass i psykiske helsevern, er tilbudet fortsatt kontroversielt. Noen pasienter opplever å måtte kjempe for henvisning.

TEKST Per Halvorsen

ILLUSTRASJON Christian Bloom

- Noen beskriver nærmest en kamp for å få et medisinfritt tilbud

Dagfinn Bjørgen, Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT)

... de legemiddelfrie tilbudene har møtt pasienter på et behov som oppleves som viktig, og som bidrar til større mestring, opplevelse av deltagelse i eget liv og empowerment. For de som har vært inkludert i tilbudene og selv har valgt tilbudene, har disse langt på vei svart til forventningene om å kunne velge bistand som støtter en hovedstrategi uten bruk av legemidler.

Sitatet er hentet fra innledningen til rapporten *Legemiddelfri behandling – mitt liv, mitt valg!* fra desember 2020. Utgiver er Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT). Rapporten er laget på oppdrag fra de regionale helseforetakene og er basert på intervjuer med brukere – i dette tilfellet 33 personer – som har hatt erfaring med medisinfri behandling. Dagfinn Bjørgen, hovedforfatter og daglig leder for KBT, mener medisinfri behandling er et håndslag til pasientenes medbestemmelserett. Overfor Psykologtidsskriftet oppsummerer han funnene slik:

– Skal vi tro respondentene, har de nå fått et etterlengtet tilbud om å mestre psykiske helseutfordringer uten at psykofarmaka skal være hovedstrategien for hjelp. Men tilbudene er ennå ikke kjent nok verken for tjenesteyterne eller pasientene, sier han

– *I rapporten skriver dere at det er: «... et klart funn at behandlende lege/psykolog/psykiater er et hinder for pasienten i få tilbudet selv om det er flere eksempler på det motsatte.» Hva legger dere i det?*

– Noen har erfart at behandlere vegrer seg for å henvise. Noen pasienter beskriver nærmest en kamp for å få et medisinfritt tilbud, sier Bjørgen.

KONTAKTER PASIENTOMBUDET

Inntrykket i KBT-rapporten bekreftes av psykologspesialist og tidligere seksjonsleder Anders S. Wenneberg ved den medisinfrie døgnposten DPS Nedre Romerike.

– Enkelte pasienter og pårørende får ikke støtte av behandler i spesialisthelsetjenesten til å søke medikamentfrie alternativer. Da oppfordrer vi pasienten til å be behandlere ringe oss, eller vi tar selv kontakt. Andre ganger har vi rådet pasienter til å kontakte pasient- og brukerombudet eller benytte §2–3 i pasient- og brukerrettighetsloven, som kan gi pasienten rett til å bli vurdert på nytt, opplyser Wenneberg.

Dagfinn Bjørgen sier dette om konsekvensene av å møte en skeptisk behandler:

– Dette skal jo være pasientens valg. Når en behandler ikke tror nok på effekten av medisinfri behandling, risikerer vi at pasienter går glipp av et tilbud de kan profitere på. Da innfris ikke pasientens rett til fritt behandlingsvalg, sier han.

– *Er det ikke helsepersonells plikt å advare mot et tilbud vedkommende ikke mener vil hjelpe pasienten?*

– I så fall bør vedkommende informere om hvilken dokumentasjon han/hun bygger sin anbefaling på. Det vil uansett være pasientens valg å prøve noe annet enn det legen anbefaler. Ofte er det snakk om hva legen tror på, og i slike tilfeller er pasientens egen overbevisning like gyldig, sier han.

NEGATIVE PASIENTERFARINGER

På kampanjesiden til Fellesaksjonen for medikamentfrie tilbud hadde budskapet vært tydelig lenge: «... det handler om muligheten til å velge den behandlingen du selv har tro på og ønsker. Det handler om valgfri-

het», het det i grunndokumentet som fem interesseorganisasjoner hadde stilt seg bak. Mette Ellingsdalen i We Shall Overcome (WSO) forteller at aksjonen oppstod som et opprør mot oppfatningen om at antipsykotika alltid må være en del av psykosebehandling.

– Vi har aldri vært prinsipielt imot medisiner, men mange pasienter har negative erfaringer med legemidler og opplever at medisiner enten ikke hjelper eller gjør dem verre. Likevel opplever de at medikamentell behandling nærmest er en forutsetning for å få hjelp, sier hun.

Og i 2015 kom gjennomslaget i form av en politisk bestilling fra helse- og omsorgsminister Bent Høie. Fra 1. juni året etter skulle legemiddelfri behandling til personer med alvorlige psykiske lidelser være på plass i helseregionene. Å kunne velge eksempelvis psykosebehandling uten antipsykotika skulle være en rettighet. Allerede i 2010 ble tiltaket foreslått som tvangsreducerende tiltak av Helse -og omsorgsdepartementet i *Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern*.

BRYTER MED RETNINGSLINJER

I Psykologforeningen var holdningen positiv: «... det (er) en etisk forpliktelse å prøve ut alternative forsvarlige behandlingsmåter på samme måte som for andre pasienter i helsetjenesten», het det i en bloggtekst av daværende president i Psykologforeningen Tor Levin Hofgaard i *Dagens Medisin* i 2016. Andre protesterte: I 2019 publiserte *Journal of Psychopharmacology* en artikkel som oppsummerte hva et utvalg på 23 psykiatere i psykisk helsevern i Norge mente om at pasienter med alvorlige psykiske lidelser hadde fått mulighet til å velge behandling uten medisiner. Respondentenes holdninger var tydelige:

- Medisinfri behandling er uvitenskapelig og en valgmulighet for en stigmatisert pasientgruppe basert på krav fra et mindretall misfornøyde brukere.
- Muligheten for å kunne velge medisinfri behandling vil kunne forverre negative holdninger til medisiner og gjøre det vanskeligere å få pasientene til å følge opp behandlingen.

Intervjuobjektene ga uttrykk for at de var villige til å benytte sitt profesjonelle skjønn mot det de oppfattet som en «uvitenskapelig ideologi».

Ser vi nok et bevis på skismaet mellom biologiske forklaringsmodeller på bekostning av psykososiale og kontekstuelle orienterte behandlingsformer? Professor ved Universitetet i Stavanger og klinisk psykolog Jone Bjørnstad mener det er en for enkel problemstilling. Han står oppført som andreforfatter av artikkelen og er selv kritisk til at staten gjennom helseforetakene forplikter seg til å gi behandlingstilbud som han mener ikke er kunnskapsbasert.

– Medisinfrie tilbud bryter med anerkjente guidelines for behandling. Evidensgrunnlaget er fraværende. Det vi vet, er at psykofarmaka er effektivt i akutte faser av psykose, og studier viser større effekt av antipsykotika sammenliknet med andre terapiformer i denne fasen. Evidensen for antipsykotika er ok frem til cirka ett år. Deretter blir det dårlig. Langtidsstudier av høy kvalitet er mangelvare. Dette gjelder også for andre terapiformer.

– Er det ikke nettopp usikkerheten knyttet spesielt til langtidsbruk og negative pasienterfaringer som gjør det naturlig å utvikle behandling der det ikke er selvsagt at medisiner inngår?



ETTERLENGTET TILBUD Daglig leder for KBT, Dagfinn Bjørgen, mener medisinfri behandling er et håndslag til pasientenes medbestemmelsesrett. Foto: Silje Margrethe Jørgensen

– Medisinfrie tilbud bryter med anerkjente guidelines for behandling. Evidensgrunnlaget er fraværende

Professor Jone Bjørnstad,
Universitetet i Stavanger

»

– Nei, det som ville være naturlig, er å legge til rett for bedre studier av både psykososiale og psykofarmakologiske intervensjoner som kan brukes til å utvikle bedre tjenester.

Bjørnstad sier det er vanskelig å akseptere medisinfrie tilbud før det er dokumentert at behandlingen er like effektiv som psykofarmaka i behandlingen av positive symptomer på psykose.

– Behandling der antipsykotika inngår som ett av elementene, gir lavere dødelighet. Hvis en ikke behandler psykose effektivt, risikerer man økt lidelse for dem det gjelder, og at pårørende får økt belastning. Jeg skjønner ikke hvorfor kravene til evidens skal være svakere i psykisk helsevern enn ellers i helsevesenet, sier han.

EKSPERIMENTELT? NEI!

WSO-leder Mette Ellingsdalen mener pasienterfaringer er en undervurdert del av evidensgrunnlaget i psykisk helsevern.

– For å få vite om noe virker eller ikke virker må vi skaffe oss erfaringer og forholde oss til pasientenes ønsker og behov. Pålegget om å tilby medisinfri behandling tar pasientstemmen på alvor og er et tydelig signal om at psykisk helsevern må jobbe annerledes, sier hun.

Hun viser til Helsedirektoratets *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* fra 2012. Den påpeker at «... brukernes ønsker og behov samt erfaringsbasert kunnskap ...» inngår som elementer i det helsemyndighetene definerer som kunnskapsbasert praksis sammen med forskning.

– Når du sier at vi må skaffe erfaringer om noe virker eller ikke, risikerer vi ikke da å eksperimentere både med pasienter og pårørende, og i verste fall oppleve tragedier?

– Det er å snu det hele på hodet. Behandlingsmetodene som brukes i medisinfrie tilbud, samtaleterapi, miljø, kunst, musikk og «å være med» noen gjennom en krise, er verken nye eller eksperimentelle. Det er imidlertid et farlig eksperiment å fortsette massiv medisinerings mot pasientenes ønsker, med det kunnskapsgrunnlaget vi har om effekt og skade, sier hun.

PILLER OG MUSIKK

Psykologspesialist og ph.d. Wenche ten Velden Hegelstad mener det er bekymringsfullt hvis medisinfri behandling sidestilles med tradisjonell behandling der legemidler inngår. Hun leder prosjektet *Tidlig oppdagelse og behandling av psykoser (TIPS)* ved Stavanger universitetssykehus og mener det blir feil hvis det å

Ingen fullstendig metodevurdering

MEDISINFRI BEHANDLING BLIR beskyldt for å være uten evidens. Hva gjorde Helsedirektoratet for å utrede kunnskapsgrunnlaget i forkant av regjeringens bestilling til RHF-ene i 2015?

I en e-post til Psykologtidsskriftet skriver kommunikasjonsavdelingen at direktoratet i 2015 sendte forslag til nasjonal metodevurdering med problemstillingen: *Legemiddelfrie behandlingstilbud: Vil behandling uten antipsykotika av personer med psykoselidelser føre til mindre helseplager og bedre livskvalitet enn behandling med antipsykotika?* Dette resulterte ikke i en fullstendig metodevurdering, men i et oppdrag til Folkehelseinstituttet (FHI), som blant annet utarbeidet rapporten *Psykososial behandling med eller uten bruk av antipsykotika for pasienter med aktiv psykose, en systematisk oversikt* (Holte H.H. et. al., 2017). Forskerne bak rapporten fant ikke studier som hadde evaluert effekt av psykososial behandling uten bruk av antipsykotika sammenlignet med psykososial behandling

der pasienter med aktiv psykose samtidig fikk antipsykotika. «Effektene av antipsykotikafri behandling for personer med aktiv psykose er derfor usikker», heter det. Det ble også utarbeidet en rapport om effekten av fysisk aktivitet med og uten bruk av antipsykotika for personer med aktiv psykose, men ingen relevante studier ble funnet (Dahm K.T., et al. 2017.) Helsedirektoratet samarbeider nå med FHI om leveranse på indikatorene: 1) andel pasienter med psykose som ikke behandles med antipsykotika, 2) som behandles med ett antipsykotika, 3) som behandles samtidig med to eller flere antipsykotika.



ERFARINGSBASERT - For å få vite om noe virker eller ikke virker må vi skaffe oss erfaringer og forholde oss til pasientenes ønsker og behov, sier Mette Ellingsdalen, WSO og Fellesaksjonen for medisinfri behandling. Foto: Nora Skjerdingsstad.

tilby musikkterapi og det å ta antipsykotika blir ansett for å være det samme.

- Psykososiale intervensjoner kan ikke sidestilles med medisiner i alle faser. Det er forskjellige intervensjoner til forskjellige formål, sier hun.

- *Hvorfor kan de ikke likestilles?*

- Medisiner virker bedre enn psykososiale intervensjoner på aktive psykosesymptomer på den største gruppen av pasienter. Men det er kombinasjonen som ser ut til å virke best. Musikkterapi kan tenkes å forbedre livskvalitet og negative symptomer for en gruppe pasienter, ikke positive symptomer, ifølge siste oppsummering av forskning, skriver hun i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Hun er redd for at de medisinfrie tilbudene og debatten rundt dem vil skape det hun mener er urettmessig motstand mot antipsykotika blant pasienter som hun mener vil profitere på medikamenter. Hun mener det ikke er antipsykotika i seg selv som er problemet.

- Problemet oppstår når pasienter blir stående på antipsykotika uten at det blir evaluert og ikke inngår i en helhetlig behandlingsplan. Ikke alle steder er like flinke til å evaluere, mener hun.

Ten Velden Hegelstad sier foreskriving av antipsykotika må skreddersys og inngå i et utvidet behandlingsopplegg som også inkluderer tiltak som psykoterapi, familierapi og rehabilitering.

- Det er dette som er noe av grunntanken i TIPS. Antipsykotika skal aldri være det eneste behandlingstiltaket. Langvarig bruk uten evaluering er en uting. Hvis det skjer, og pasienten opplever ubehagelige bivirkninger over »

- Det er et farlig eksperiment å fortsette massiv medisinerings mot pasientenes ønsker med det kunnskapsgrunnlaget vi har om effekt og skade

Mette Ellingsdalen, We shall overcome (WSO)

- Det er tendenser til dogmatikk og cherry-picking på begge sider av denne debatten

*Wenche ten Velden Hegelstad,
leder for TIPS i Stavanger*



IKKE SAMMENLIGNBART - Det blir feil hvis det å tilby musikkterapi og det å ta antipsykotika blir ansett for å være det samme, mener Wenche ten Velden Hegelstad. Foto: Jan Inge Haga

tid, skjønner jeg skepsisen blant dem som har negative erfaringer med legemidler, sier hun.

DOGMATIKK OG KIRSEBÆRPLUKKING

Hun påpeker at langt de fleste som bruker antipsykotika, gjør det frivillig.

- Å etablere egne medisinfrie alternativer kan derfor virke unødvendig og skape en falsk illusjon om sidestilling mellom ulike behandlingstilbud.

- *Hva med påstander om at tradisjoner og gamle behandlingsskulturer gjør det uforholdsmessig lett å ty til medikamenter på bekostning av psykososiale tiltak?*

- De fleste steder i verden vil retningslinjene for behandling av psykose anbefale antipsykotika. Det må vi forholde oss til hvis vi vil drive kunnskapsbasert.

Ten Velden Hegelstad medgir at det er utfordringer knyttet til bruk av antipsykotika, og at det ikke finnes god evidens for at langtidsbruk er bra.

- Det er tendenser til dogmatikk og cherry-picking på begge sider av denne debatten. Debatten bør avgiftes og avmystifiseres. Ingen sitter med den fulle og hele sannheten. Vi trenger mer forskning på hva som virker, men tra-

disjonelle RCT-studier på dette feltet kommer kjapt på kollisjonskurs med etikken. Du kan ikke forske på dette uten å informere deltakerne om hvilke betingelser de har under testingen.

- *Hva vil du si til fagfolk som vegrer seg for å henvise pasienter til medisinfrie tilbud fordi de mener det ikke har fotfeste i evidens?*

- Når pasienter er samtykkekompetente, står de faktisk fritt til å velge helt selv. Og det er en god ting, når alt kommer til alt, sier ten Velden Hegelstad.

IKKE HELT MEDISINFRI

Ingen av behandlingstilbudene Psykologtidsskriftet har vært i kontakt med, fremstår som helt «medisinfrie». De som ikke allerede har sluttet med antipsykotika, ønsker hjelp til å trappe ned. Avtale om medisinbruk i akutte faser er ikke uvanlig. I tillegg innebærer «det medisinfrie» å gjøre psykososiale og recoverybaserte metoder til tyngdepunktet i behandlingen. Brukermedvirkning er et nøkkelement. Overlege og psykiater Magnus Hald ved medisinfri avdeling ved Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) mener det er noe i nærheten av en tilsnikelse å kalle tilbudet medisinfritt. Han sier at bortimot halvparten av pasientene går på nevroleptika ved innsøking til avdelingen og ønsker hjelp til nedtrapping.

- Pasienter skal ikke nektes medisiner om dette er noe de ønsker. Der som oppstart av medisiner oppfattes som aktuelt, vil det imidlertid være naturlig at det skjer i en annen avdeling i sykehuset, opplyser han.

Hald mener det viktigste med tilbudet er å møte pasienten med mindre fokus på legemidler. - Skal vi bruke medisiner, må det begrunnes langt bedre enn det vi har gjort til nå, sier han.

Gode erfaringer i Helse Vest

«**MEDIKAMENTFRIE FORLØP ER** mulig å gjennomføre i ordinære psykosopoliklinikker. Suksessfaktorer er sannsynligvis tett oppfølging, et godt psykososialt behandlingstilbud og reell brukermedvirkning.»

Slik oppsummerer psykolog og prosjektleder Leif Arvid Øvernes resultatene av en evaluering av 81 medikamentfrie pasientforløp Helse Bergen (Øvernes, L. A., 2019). Behandlingen er integrert i det ordinære tilbudet. Øvernes mener det har ført til en betydelig oppbygging av det psykososiale behandlingstilbudet for psykosepasienter ved seks DPS-er. Integreringen gir også mulighet til å gjennomføre nedtrapping over lengre tid, øker mulighetene for kontinuitet og fleksibilitet mellom perioder med og uten medisiner, og gir større muligheter for reell brukermedvirkning og samvalg også i det ordinære behandlingstilbudet, mener han. Behandlere ble intervjuet om 54 medikamentfrie forløp. De vanligste tilbakemeldin-

gene var at forløpet styrket alliansen og hadde god effekt. Pasientene fikk oppleve hvordan det var uten medisiner og kunne gjøre et mer informert valg om videre medikamentell behandling. 40 % av forløpene ble vurdert positivt og 30 % moderat. 30 % ble vurdert negativt. I forløp med forverring kunne det være utfordrende å komme i behandlingsposisjon. Det medførte i noen tilfeller også økt belastning for pårørende. Ett av tre medikamentfrie forløp var ikke tilråddet av behandler ved oppstart. Pasienten fikk likevel tilbudet. Samtidig ble 93 % av forløpene vurdert som faglig forsvarlige i etterkant.

Ved avdelingen han har vært med på å etablere har 64 prosent av henvisne pasienter psykoselidelser, 23 har bipolar lidelse (tall per juli 2017).

– *Er det ikke en fare for at pasienter som faktisk vil profitere på medikamenter, kan velge det bort hvis det etableres et narrativ om at medisiner er farlig?*

– Vi har til gode å møte pasienter som ikke på et eller annet tidspunkt har forsøkt psykofarmaka. De fleste har en opplevelse av i liten grad å ha blitt informert om de omfattende bivirkningene psykofarmaka kan ha. Det er viktig å respektere at pasienter som synes å ha profitert på medikamenter, i utgangspunktet har full rett til å avslå slik behandling.

– *Hva vil du si til kolleger som vegrer seg for å henvise pasienter til medisinfri behandling?*

– Jeg argumenterer for pasientens rett til å velge behandlingstilbud. Vi håper å fremstå slik at det ikke oppfattes som vanskelig å henvise til et medisinfritt tilbud, også for behandlere som har tro på en mer biologisk tilnærming, sier han.

– *Er det mulig å behandle pasienter med psykose uten antipsykotika?*

– Ja, det tror jeg. Og overbevisningen er ikke blitt mindre etter at vi startet opp i 2017, sier Hald.

FORSKER PÅ FORSKJELLER

UNN er rett rundt hjørnet med et forskningsprosjekt som skal oppsummere både pasienters og ansattes erfaringer med medisinfri behandling. Ved Ahus er forskere godt i gang med å sammenlikne den medisinfrie sengeposten med to ordinære sengeposter for å se på forskjeller

i pasientens begrunnelse for å velge medikamentfritt tilbud, innholdet i behandlingen og utfallsmål ved utskrivning og ett til tre år etter behandlingsstart.

Prosjektleder Kristin Sverdvik Heiervang opplyser at 80 prosent av pasientene ved den medisinfrie posten har sagt seg villige til å inngå i studien, målet er å rekruttere 240 pasienter. Hun sier at det ikke er store forskjeller mellom de to pasientgruppene når det gjelder diagnose og andre relevante karakteristika ved behandlingsstart. Den første artikkelen er i disse dager til vurdering, og prosjektet vil strekke seg fram til 2024.

– Vår hypotese er at pasienter på medikamentfrie enheter ikke vil komme dårligere ut enn pasienter på en vanlig avdeling, sier hun.

Tidligere seksjonsleder Anders S. Wenneberg oppsummerer fire års erfaring slik i en e-post til Psykologtidsskriftet:

– Symptomnivået er omtrent like høyt eller litt høyere hos medisinfri-pasientene sammenlignet med ordinær DPS døgnpost. Det er mindre verbal og motorisk uro, svært lite konflikter, og det er lettere å samarbeide med pasientene. »

Medisinfrie behandlingstilbud

HELSE NORD

- **Psykisk helse- og rusklinikken, Unn Åsgård, Tromsø:** 6 plasser i egen enhet. Pasienter med psykose- eller bipolare lidelser prioriteres.

HELSE MIDT

- **DPS Vegsund, Ålesund:** 3 sengeplasser og 3 dagtilbud i egen enhet for pasienter med angst, depresjon og personlighetsproblematikk.

HELSE VEST

- Benytter etter behov eksisterende plasser ved DPS-ene, i hovedsak til pasienter med psykoselidelse.

HELSE SØR-ØST

- **DPS Nedre Romerike:** 7 plasser i egen enhet, pasienter med psykose- eller bipolare lidelser prioriteres.
- **Sykehuset i Østfold:** Inntil 6 døgnplasser ved Halden-klinikken, DPS Halden-Sarpsborg. Inngår i ordinær sengepost. Individuelle vurderinger av tilstander som oppfyller vanlige kriterier for døgninnleggelse.
- **Lovisenberg Diakonale sykehus:** 2 plasser integrert i det øvrige døgntilbudet. Pasienter med psykoselidelser og bipolare lidelser prioriteres.
- **Diakonhjemmet:** Har ikke svart på forespørsel.
- **Vestre Viken:** Inntil 5 plasser ved Bærum og Kongsberg DPS. Personer med psykoselidelser og bipolare lidelser prioriteres. Plassene er integrert i det ordinære behandlingstilbudet. 6 plasser ved BET-seksjonen ved Blakstad i Akser for personer med alvorlige psykisk lidelser.
- **Sykehuset Vestfold:** 4 døgnplasser, ved Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA) er tilbudet integrert i det ordinære behandlingstilbudet, både i poliklinikk og i døgnposter. Tilbudet ble utarbeidet for dem med alvorlig psykisk lidelse, men skal i prinsippet være diagnoseuavhengig. I tillegg 6 BET-plasser.
- **Sørlandet sykehus:** 4 døgn- og 4 dagplasser lokalisert ved DPS Lister. Prioriterte diagnoser: depresjon, angst og søvnproblemer. Organisert i eget team og bygg.
- **Sykehuset Innlandet:** Har ikke dedikerte enheter/senger, medisinfri behandling er integrert i de ordinære pasienttilbudene. Især TIPS Sanderud har fokus på dette.
- **Sykehuset Telemark:** 4 plasser på DPS døgnposter, 2 i Porsgrunn og 2 i Seljord. Behandler hovedsakelig psykoselidelser. Sengene er integrert i de respektive seksjonene.

I tillegg tilbyr den private stiftelsen Hurdalsjøen Recoverycenter 60 plasser uavhengig av diagnose.

Informasjon basert delvis på nettsøk, delvis på svar fra helseforetakene.

REFERANSER

- Bjørgen, D., Kvisle, I.M., Johansen, K.J., Svare Leinan T.B., Benschop, A.R., Kildal C. (2020). Legemiddelfri behandling – mitt liv, mitt valg! *Stiftelsen Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT)*. ISBN: 978–82–93532–20–0. <https://www.kbtkompetanse.no/wp-content/uploads/2020/12/Sluttrapport-KBT-evaluering-BSB-legemiddelfrie-tilbud-2020-Elektronisk-versjon-1.pdf>.
- Regjeringen (2015). Medikamentfri behandling for psykisk helsevern – oppfølging av oppdrag 2015. *Brev av 26.11. 2015 til de regionale helseforetakene*. Referanse: 14/3574-. https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/anbud-konsesjoner-og-brev/brev/utvalgte_brev/2015/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern---oppfolging-av-oppdrag-2015/id2464239/
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010) Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester. *Brev av 19.03.2010 til de regionale helseforetakene*. Referanse: 200903207-SOA/TR. <http://medisinfrietilbud.no/wp-content/uploads/2019/01/2010-03-19-nasjonal-strategi-for-reduert-og-riktig-bruk-av-tvang-i-psykiske-helsetjenester.pdf>
- Hofgaard, T.L. (2016). Kunnskapsløst om medikamentfri behandling. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/blogger/tor-levin-hofgaard/2016/12/09/kunnskapslost-om-medikamentfri-behandling/>
- Heskestad, S., Kalhovde, A.M., Steen Jakobsen, E., Tytlandsvik, M., Horpestad, L., Runde, I.K.S. (2019). Medikamentfri psykiatrisk behandling – hva mener pasientene? *Tidsskriftet Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0912>
- Yeisen, R.A., Bjørnstad, J., Joa, I., Johannessen, J.O., Oppjordsmoen, S. (2019). Psychiatrists' reflections on a medication-free program for patients with psychosis. *Journal of Psychopharmacology* 33(4):459–465. <https://doi.org/10.1177/0269881118822048>
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. juli 2013, lest 15. mars 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>
- Helsedirektoratet (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. oktober 2012, lest 15. mars 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>



VALGFRIHET

– Medisinfri behandling skal være et reelt valg for pasientene. Per i dag er det ikke slik, mener helse og omsorgsminister Bent Høie. Foto: Nora Skjerdingsstad

Helseministeren aksepterer ikke behandlingsnekt

Helse- og omsorgsminister Bent Høie mener det er uakseptabelt hvis pasienter nektes medisinfri behandling uten at det er gode faglige grunner for det.

TEKST Per Halvorsen

CIRKA FEM ÅR etter at helseregionene fikk i oppdrag å gjøre medisinfri behandling til en del av tilbudet i psykisk helsevern, dokumenterer en brukerundersøkelse (KBT 2020) mangelfull informasjon om tilbudene og at tilgjengeligheten varierer. Noen pasienter forteller at de nærmest må kjempe for å få medisinfri behandling. Helsestatsråden mener det er uakseptabelt dersom pasienter nektes et slikt tilbud av sin behandler uten at det er gode faglige grunner for det.

– Ingen skal tvinges til å ta medisiner i psykisk helsevern så lenge det fins alternative behandlingsmåter. Det kommer jeg til å gi tydelig beskjed om i min dialog med de regionale helseforetakene, skriver han i en e-post til Psykologtidsskriftet.

– *Står pasientrettigheter på spill når behandlerne vegrer seg for å henvise til medisinfrie tilbud?*

– Det skal være et tilbud om medisinfri behandling i alle helseregioner, og dette til-

budet skal være et reelt valg for pasientene. Per i dag er det ikke slik. KBT-rapporten forteller meg likevel at de regionale helseforetakene har tatt oppdraget på alvor, selv om det fortsatt kan være skepsis i enkelte fagmiljøer, skriver Høie.

Den faglige kritikken om at medisinfri behandling mangler evidens, kommenterer han slik:

– Den viktigste evidensen ligger i erfaringene og tilbakemeldingene fra brukere, behandlere og pårørende. Akkurat som i somatikken må det i psykisk helsevern jobbes med persontilpasset behandling og fagutvikling langs flere akser. De som av ulike grunner ikke vil bruke medisiner på veien til bedre helse, må kunne få velge andre, gode tilbud innenfor rammen av det som er faglig forsvarlig.

KBT-rapporten viser at medisinfri behandling i egne enheter fremsto som tydeligere og gjorde det lettere for pasientene å forstå hva tilbudet gikk ut på. Når behandlingen var integrert i det øvrige tilbudet, var det vanskeligere tilgjengelig, og det var vanskeligere for pasientene å vite at de faktisk mottok et medisinfritt tilbud.

– Dette vil jeg be de regionale helseforetakene om å se nærmere på, skriver Høie. ✕

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 S. 256-265 FAGFELLEVDERT

TRULS RYUM¹, ANNE MARTHA NORDNES¹, HEIDI BRATTLAND², KATRINE HØYER HOLGERSEN²,
TIMOTHY ANDERSON³, PATRICK A. VOGEL¹¹ Institutt for psykologi, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, ² Tiller DPS, St. Olavs Hospital, HF,³ Institutt for psykologi, Ohio universitet, Athens, Ohio, USA

KONTAKT truls.ryum@ntnu.no

EN NORSK PILOTSTUDIE AV FERDIGHETSTESTEN FASILITERENDE INTERPERSONLIGE FERDIGHETER

En norsk oversettelse av en ferdighetstest for fasiliterende interpersonlige ferdigheter har gode psykometriske egenskaper, og kan brukes i framtidige kliniske studier der man undersøker behandlingseffekt eller terapeututvikling.

Siden 50-tallet har det vært et stort fokus på å undersøke effekten av psykologiske intervensjoner for ulike pasientpopulasjoner, både i naturalistiske og randomiserte kontrollerte studier (Lambert, 2013). To hovedfunn fra denne forskningen er at det er små og nokså ubetydelige forskjeller mellom kliniske terapimetoder som er ment å være terapeutiske, og at det varierer betydelig i hvor stor terapeutisk effekt terapeuter genererer hos sine klienter (det vil si therapeuteffekter) (Cuijpers, 2017; Lambert, 2013; Ryum, 2014; Ryum & Halvorsen, 2014). Dette betyr *ikke* at metode og behandlingstilnærming er irrelevant, men at generiske kvaliteter og ferdigheter ved den enkelte terapeut (fellesfaktorer) sannsynlig-

ABSTRACT

A Norwegian pilot study of the Facilitative Interpersonal Skills performance test

Background: The Facilitative Interpersonal Skills (FIS) test is a performance-based test that assesses therapists' level of interpersonal skills (empathy, warmth, building expectations, etc.). Therapists are presented with video clips of difficult therapist-client moments and are asked to respond to them as if they were the therapist. The responses are then assessed by independent raters. This pilot study examined the psychometric properties of a Norwegian version of the FIS performance test and rating method.

Methods: Fifteen trainee therapists volunteered to participate. Their responses to the FIS performance test were videotaped and assessed by three independent raters who were trained to perform such ratings.

Results: The results indicated high levels of inter-rater agreement (ICCs range .71-.74) for all eight FIS domains (ICCs range .71-.74), excellent inter-rater agreement for the total score (ICC = .84), and excellent internal consistency (Cronbach's $\alpha = .92$).

Implications: The Norwegian version of the FIS performance test demonstrated adequate psychometric properties, and holds promise as a research tool for use in process-outcome research. Future research should also explore avenues for adapting and implementing the FIS performance task as a clinical training tool for improving levels of FIS among therapists with varying amounts of clinical experience.

Keywords: facilitative interpersonal skills, performance test, assessment, clinical training, pilot study

»



Objektive mål på FIF predikerte behandlingsutfall

vis er avgjørende for utfallet av behandlingen – såfremt terapeuten forholder seg til en behandling som er basert på psykologisk teori og er ment å være terapeutisk (*bona fide*). Det er likevel lite kunnskap om hvilke terapeutvariabler som forklarer terapeuteffekter (Heinonen & Nissen-Lie, 2019).

Anderson og kolleger (2019) har operasjonalisert et sett med fasiliterende interpersonlige ferdigheter (engelsk: *Facilitative Interpersonal Skill*) som er sentrale. Disse brukes av hjelpere i ulike profesjoner, og antas å motivere en person med emosjonelle eller psykiske vansker til å initiere endring mot bedre emosjonell og psykisk helse. Ferdighetene (FIF) antas å være felles, ikke bare for behandlere på tvers av teoretiske orienteringer i psykoterapi, men også for andre hjelperoller som lege, sykepleier, prest osv. (Anderson et al., 2019). Kjernen i de fasiliterende interpersonlige ferdighetene kan defineres ved at man som helper er i stand til 1) å fange opp, forstå og kommunisere et bredt spekter av interpersonlige budskap til en hjelpesøkende person, samt at man 2) er i stand til å overbevise den hjelpesøkende om å ta i bruk foreslåtte løsninger til problemet og gi slipp på mer uhensiktsmessige mestringsstrategier (Anderson et al., 2019). Anderson og kolleger (2019) har identifisert åtte domener av ferdigheter som de mener er de mest sentrale (se Appendiks A), og som måles med en praktisk ferdighetstest. Dette gjør den empiriske tilnærmingen til å teste FIF innovativ, da tidligere studier på terapeutferdigheter i stor grad har basert seg på selvrappordata (Anderson et al., 2019). Et implisitt premiss ved metoden som brukes for å teste FIF, er at forskjeller i terapeuters interpersonlige ferdigheter kommer særlig til syne i emosjonelt krevende og utfordrende terapisisuasjoner, som ved en alliansebrist, og kanskje er mindre avgjørende så lenge samarbeidet mellom terapeut og klient er godt.

Verbal flyt og emosjonsuttrykk dreier seg om formen en respons gis på – altså om terapeutens tale er sammenhengende (uten angst) og engasjerende (med affekt). Hvordan responsen gis, innvirker på om terapeuten framstår med naturlig autoritet og *overbevisningsevne*, og hvorvidt terapeuten er i stand til å skape *håp og positive forventninger* for endring hos klienten. *Empati* utgjør her en nøkkelkvalitet; det er en forutsetning for at terapeuten presist skal kunne forstå klientens virkelighetsopplevelse og kunne gi en troverdig forklaring på klientens symptomer/vansker og skissere nye løsninger/mestringsstrategier. Evnen til å skape en atmosfære preget av samarbeid og vi-følelse (*evne til å danne allianse*) samt å reparere brudd i alliansen som måtte oppstå (*respons på alliansebrudd*), er to andre domener. Uavhengig av hva slags respons terapeuten gir til klienten, er det viktig at terapeuten viser omsorg og aksept for klienten, og ikke framstår på en dømmende eller kritisk måte (*varme, aksept og forståelse*). De åtte domenene kan slik forstås å representere distinkte kvaliteter ved terapeutens grad av fasiliterende interpersonlige ferdigheter, som likevel er beslektet, overlappende og til dels gjensidig avhengige av hverandre, og kanskje enklere å skille fra hverandre teoretisk enn praktisk.

FIF kan måles i en klinisk ferdighetstest (*FIS performance test*). Ferdighetsbasert testing av FIF som prediktor for behandlingsutfall har så langt blitt undersøkt i et fåtall studier, og funnene peker i noe ulik retning. I en første studie (Anderson et al., 2009) ble grad av FIF hos erfarne terapeuter funnet å predikerer utfall, mens selvrapporderte interpersonlige ferdigheter og teoretisk orientering ikke var signifi-

kant. En svakhet var at FIF ble målt retrospektivt, etter at behandlingene var avsluttet. I en prospektiv studie (Anderson et al., 2016b) ble grad av FIF hos terapeuter under utdanning funnet å predikere utfall, mens selvrappor-terte interpersonlige ferdigheter ikke var signifikant. I en tredje randomisert kontrollert studie (Anderson et al., 2016a) ble klienter tilfeldig fordelt til terapeuter (studenter i klinisk psykologi) og ikke-terapeuter (doktorgrads-studenter i andre fag) som hadde ulik grad av FIF. Studenter som var høyere på FIF, opp-nådde større symptomlette hos sine klienter enn de som skåret lavere på FIF, uavhengig av utdanningsprogram, og de hadde også bedre allianse. En fjerde prospektiv studie på tera-peuter under utdanning (fra en annen forsker-gruppe) fant også at grad av FIF predikerte utfall, etter at det blant annet var kontrollert for teoretisk orientering (Schöttke et al., 2017). Effekten var imidlertid bare signifikant når grad av FIF ble vurdert av uavhengige obser-vatører (objektivt) i en gruppediskusjon, og ikke når dette ble vurdert av en enkelt ekspert i et intervju.

I alle de fire studiene fant man altså at objek-tive mål på FIF, men ikke selvrapportert eller ekspertvurdert grad av FIF, predikerte behan-dlingsutfall (Anderson et al., 2009; 2016a, 2016b; Schöttke et al., 2017). I to studier fant man en korrelasjon mellom ferdighetsbaserte og selv-rapporerte mål på interpersonlige ferdighe-ter (Anderson et al., 2016a; 2016b), men andre studier har ikke funnet en signifikant sam-menheng (Munder et al., 2019; Anderson et al., 2009; Hill et al., 2016). Samlet tyder dette på at ferdighetstesten (objektivt mål) fanger opp noe unikt ved terapeuters fasiliterende inter-personlige ferdigheter som har betydning for behandlingsutfall, og som ikke fanges opp av mer subjektive mål. Metoden kan slik ha et potensial både hva gjelder forskning og opp-læring/utdanning også i Norge, gitt at måle-egenskapene ved testen er tilfredsstillende. Sentralt ved en slik vurdering er å undersøke grad av samsvar (enighet) mellom uavhengige observatører; altså hvorvidt disse er i stand til å vurdere grad av fasiliterende interperson-lige ferdigheter i en gitt respons på en pålite-lig måte. Målet med denne pilotstudien var å undersøke de psykometriske egenskapene ved en norsk oversettelse av denne ferdighetstesten i et norsk utvalg av psykologstudenter.

METODE

Prosedyre og måleinstrument

FIF Ferdighetstest (Anderson et al., 2019) består av et sett med korte videofilmene vig-netter (stimulusklipp) med klienter som viser utfordrende terapisisuasjoner. Terapeuten sitter alene og ser videoene. Når stimuliklip-pene stopper, er det terapeutens oppgave å for-søke å respondere på en måte som kan være til hjelp for klienten, altså til å si noe som man tror kan være til hjelp for akkurat denne klien-ten i denne situasjonen. Terapeutene blir filmet mens de gir sin respons.

Stimuliklippene representerer vanlige, men også særlig utfordrende terapisisuasjo-ner. Noen eksempler er en sint og konfronte-rende klient («Du klarer ikke å hjelpe meg»), en passiv, stille og tilbaketrukket klient («Jeg vet ikke hva jeg skal snakke om»), en forvirret, ettergivende og passivt krevende klient («Jeg har en tendens til å enten sette høye standarder for folk rundt meg eller til å ikke ha noen stan-dard i det hele tatt»), samt en aktivt kontrolle-rende og klandrende klient («Du burde passe på å være der du skal være når du faktisk skal være der!»). Klientene i vignettene er valgt ut med tanke på at alle kvadrantene i den inter-personlige sirkumpleksmodellen (Alden et al., 1990) skal være representert, og framstår der-for med varierende grad av dominans/under-kastelse og varme/kulde. Alle klientene er poli-kliniske pasienter med problemstillinger som relasjonelle vansker, depresjon, somatisering, utbrenthet m.m.

Den engelske FIF-manualen (FIS English v.2, fisresearch.com) ble oversatt ved Institutt for psykologi, NTNU under ledelse av Patrick A. Vogel og Truls Ryum, etter tillatelse fra Timothy Anderson ved Ohio University, USA.

FIF Ferdighetstesten gjennomføres ved at en terapeut sitter alene i et rom og hører en kort presentasjon av en klient på en tv-skjerm. Denne presentasjonen inneholder typisk noen bakgrunnsopplysninger om klientens vansker og/eller en beskrivelse av kvaliteten i samar-beidet mellom terapeuten og klienten. Deret-ter spilles det av et videoopptak av denne kli-enten som varer i 1–2 minutter. Vignettene er laget slik at terapeuten skal få en opplevelse av at klienten snakker til dem. På et kritisk punkt stopper vignetten, og terapeuten blir bedt om å formulere en umiddelbar respons. Respon-sene tas opp på video. De syv vignettene ble »

vist i samme rekkefølge til alle «terapeutene» i vår pilotstudie.

Terapeutenes responser skåres for grad av fasiliterende interpersonlige ferdigheter for hver av de åtte FIF-domenene på en skala fra 1 (ikke karakteristisk) til 5 (ekstremt karakteristisk). Skåringsmanualen gir utdypende beskrivelser for hvert skåringsnivå for å hjelpe skårere å identifisere riktig nivå (Anderson et al., 2019). Se Appendiks A for en oversikt over egenkapene som vurderes, og eksempler på lav (1), middels (3) og høy (5) skår.

Deltagere

«Klienter»

Frivillige studenter ble rekruttert som skuespillere, og disse ble matchet med hensyn til alder og kjønn fra de originale stimuliklippene. For denne pilotstudien ble det spilt inn syv stimuliklipp ved hjelp av profesjonelt opptaksutstyr. Senere er ytterligere syv stimuliklipp blitt oversatt og innspilt.

«Terapeuter»

For å rekruttere «terapeuter» til pilotstudien fikk førsteårsstudenter ved profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU informasjon om prosjektet, «Terapeutkompetanse hos psykologstudenter», FIS og behovet for deltagere gjennom studentassistenter på forelesninger og gjennom andre sosiale kanaler som Facebook. Femten studenter ble rekruttert, som utgjorde et bekvemmelighetsutvalg for denne pilotstudien. Gjennomsnittsalderen på «terapeutene» var 23.8 (*SD* 3.0), og ti studenter (67 %) var kvinner.

Skårere

Studenter på profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU fikk informasjon om muligheten for lønnet arbeid som studentassistenter på prosjektet. Interesserte studenter henvendte seg til prosjektlederne, og aktuelle kandidater ble invitert til en samtale om motivasjonen for å søke, tidligere erfaring med tilsvarende arbeid og så videre. Tre viderekomne studenter (som var i gang med den kliniske delen av studiet) ble rekruttert, alle kvinner. Disse tre studentene fikk en teoretisk og praktisk innføring i FIF-manualen og skåringsprosedyren av prosjektlederne. Først leste skårerne seg opp på manualen og skåringsprosedyren hver for seg, og deretter ble det holdt møter der FIF-domener, skåringskriterier og prosedyrer ble drøftet med

prosjektlederne. Deretter skåret studentassistenterne videooptak av responser som allerede var skåret, men som ikke var del av det aktuelle prosjektet, for å sammenligne egne skårer opp mot disse («gullstandard»). Den praktiske oppøvingen foregikk dels ved at skårerne sammenlignet sine respektive skårer med hverandre, og dels ved at dette også ble gjennomgått og drøftet i møter med prosjektledelsen.

Opplæringen ble avsluttet da skårerne oppnådde tilstrekkelig høy interrater reliabilitet ($ICC \geq .70$). De tre skårerne skåret deretter videoene av «terapeutene», og alle skårere gjorde uavhengige skåringer. Det ble holdt jevnlig kalibreringsmøter mellom skårerne for å sikre at vurderingene var samstemte, og for å unngå drift, uten at dette påvirket uavhengigheten i skåringene. Prosjektlederne undersøkte også interrater reliabiliteten underveis i skåringen, og de deltok på møter med skårerne etter behov.

Statistiske analyser

En toveis «mixed-model» (absolutt enighet) ble brukt for å undersøke interrater reliabilitet (ICC). Ettersom tre uavhengige skårere ble brukt, ble interrater reliabilitet for gjennomsnittsmål oppgitt. Følgende kuttesskårer ble brukt for å tolke ICC -verdiene (Fleiss, Levin & Paik, 2013): < 0.40 = dårlig, $0.40-0.59$ = akseptabel, $0.60-0.74$ = god, og $0.75-1.00$ = utmerket. Deskriptiv statistikk ble brukt for å undersøke gjennomsnittsskårer for FIF-domenene og totalskåren. Cronbachs alpha ble brukt for å undersøke indre konsistens, mens gjennomsnittlig item-korrelasjon og spredning (range) for individuelle inter-item korrelasjoner ble brukt for å undersøke unidimensjonalitet. For Cronbachs alpha regnes en verdi på .80 eller mer for å indikere adekvat indre konsistens. Verdier på 0.15 eller mer for gjennomsnittlig item-korrelasjon og individuelle inter-item korrelasjoner regnes for å indikere en unidimensjonell skala.

RESULTATER

Det var 105 responser tilgjengelige for analyser (15 studenter som responderte på syv stimuliklipp). Utrekning av interrater reliabilitet ble gjort på råskårer for hvert FIF-domene og FIF-totalskåren. Tabell 1 presenterer resultatene fra de statistiske analysene, sammenholdt med funn i fra to tidligere studier på engelsk- og tyskspråklige utvalg.

TABELL 1. Deskriptiv statistikk, interrater reliabilitet (ICC) og indre konsistens for FIF i tre utvalg.

FIF-domene	M (SD)			Interrater reliabilitet og 95 % konfidensintervall					
	Ryum et al., 2021	Munder et al., 2019	Anderson et al., 2019	Ryum et al., 2021	Munder et al., 2019	Anderson et al., 2019			
Verbal flyt	3.93 (0.55)	3.64 (0.32)	3.74 (0.58)	.77	[.68-.84]	.51	[.16-.72]	.82	[.71-.89]
Håp og positive forventninger	3.72 (0.55)	3.43 (0.33)	3.07 (0.58)	.82	[.75-.87]	.79	[.65-.88]	.86	[.78-.92]
Overbevisningsevne	3.83 (0.54)	3.53 (0.39)	3.71 (0.58)	.75	[.65-.82]	.79	[.65-.88]	.81	[.70-.89]
Emosjonsuttrykk	3.65 (0.53)	3.62 (0.38)	3.52 (0.63)	.70	[.56-.80]	.76	[.59-.86]	.86	[.77-.92]
Varme, aksept og forståelse	3.89 (0.55)	3.65 (0.36)	3.36 (0.69)	.82	[.75-.87]	.75	[.57-.86]	.84	[.74-.91]
Empati	3.54 (0.54)	3.37 (0.41)	3.32 (0.56)	.72	[.61-.80]	.78	[.62-.87]	.84	[.74-.90]
Evne til å danne allianse	3.81 (0.56)	3.57 (0.37)	3.33 (0.57)	.71	[.58-.80]	.78	[.63-.88]	.81	[.70-.89]
Respons på alliansebrudd	3.66 (0.62)	3.33 (0.59)	3.33 (0.62)	.73	[.63-.81]	.80	[.66-.89]	.79	[.66-.88]
FIF Totalskår	3.76 (0.44)	3.52 (0.33)	3.43 (0.50)	.84	[.78-.89]	.81	[.67-.89]	.86	[.78-.92]
Indre konsistens (Cronbachs α)	.92	.95	.96						

Note. FIF = Fasiliterende interpersonlige ferdigheter.

Interrater reliabilitet for hvert enkelt FIF-domene var i området god til utmerket, og interrater reliabilitet for FIF-totalskår var utmerket. Indre konsistens var også meget god. Gjennomsnittlig item-korrelasjon var på 0.59, og spredning (range) for inter-item korrelasjoner var 0.25 til 0.83, som tyder på at FIF-domenene måler unidimensionelle kvaliteter.

DISKUSJON

Målsettingen med denne studien var å undersøke de psykometriske egenskapene ved en norskspråklig oversettelse av en ferdighetstest for å måle grad av fasiliterende interpersonlige ferdigheter (FIF). Resultatene er lovende, men utvalget er lite i det som må betraktes som en pilotstudie av metoden i en norsk oversettelse. Interrater reliabilitet var akseptabel for alle 8 FIF-domener (ICC \geq .70), utmerket for totalskåren (.84), og indre konsistens var høy (α = .92). FIF-totalskåren synes å kunne betraktes som en unidimensionell skala. De psykometriske egenskapene ved testen er sammenlignbare med det som er rapportert i tidligere engelsk- (Anderson et al., 2019) og tyskspråklige (Munder et al., 2019) utvalg. I likhet med tidligere studier på FIF oppnådde tre uavhengige skårere tilstrekkelig interrater reliabilitet, som gir støtte både til operasjonaliseringen av domenene i FIF-manualen og opplæringsprosedyren. Studenter med nokså begrenset klinisk erfaring kan slik læres opp til å skåre relativt komplekse kliniske fenomen på kort tid, som vist i andre studier (se f.eks. Valen et al., 2011). Skårerne var imidlertid intervjuet og selekterte for studien, og det kan tenkes at skårernes egen grad av FIF her kan spille inn.

FIF operasjonaliserer mange av de antatt mest sentrale grunnleggende interpersonlige ferdighetene som er nødvendige for alle som arbeider innenfor hjelpeprofesjonene. Det kan forstås som et paraplybegrep eller



Studenter med nokså begrenset klinisk erfaring kan slik læres opp til å skåre relativt komplekse kliniske fenomen på kort tid





Det er likevel lite kunnskap om hvilke terapeutvariabler som forklarer terapeuteffekter

en form for «meta-kompetanse» (Munder et al., 2019), som også omfatter valg av mer spesifikke teknikker og måter å tilpasse seg den interpersonlige konteksten på (Constantino et al., 2013; Hatcher, 2015). Det kan innvendes at FIF inneholder både for mange og for få domener, og at de er så høyt korrelert med hverandre at de måler én grunnleggende faktor/ferdighet. Både teoretisk og praktisk er det likevel nyttig å skille domene fra hverandre, da en ikke kan fokusere på alt samtidig verken i forskning eller praktisk ferdighetsoppøving. Et innovativt aspekt ved FIF-metoden er at den fokuserer på praktiske, målbare ferdigheter i en standardisert testsituasjon. FIF skiller seg dermed fra mål som i større grad fokuserer på indre kvaliteter hos respondenten (f.eks. personlighet, mentalisering, osv.) eller selvrapporterte mål på interpersonlige ferdigheter.

Vi ser ingen direkte motsetning mellom FIF og bruken av strukturerte behandlingsmetoder. Grad av etterlevelse og kompetanse i en bestemt behandlingsmanual undersøker imidlertid først og fremst hvor dyktig terapeuten er i å utføre en bestemt type behandling. Til sammenligning dreier FIF seg om kvaliteter man antar er sentrale for alle terapeuter, uavhengig av hvilken metode/manual man arbeider etter. Ferdighetstesten måler for eksempel terapeutens *overbevisningsevne*, altså evne til å formidle et (nytt) faglig perspektiv på klientens vansker, men det er av underordnet betydning hvilket perspektiv dette er. Fokuset blir dermed på den psykologiske effekten dette kan ha for klienten, heller enn på hvor godt terapeuten sosialiserer klienten til en bestemt tenkemåte/manual. At man som terapeut har et solid teoretisk rammeverk, er dermed sannsynligvis nødvendig, men ikke tilstrekkelig, for å skåre høyt på FIF. Det er imidlertid ingen grunn til å tro at FIF blir mindre aktuelt når terapeutene er godt trent i spesifikke behandlingsmetoder, og terapeuters grad av etterlevelse og kompetanse i spesifikke behandlingsmanualer er i hovedsak ikke funnet å predikere utfall i behandlingsstudier (Webb et al., 2010).

FIF har til nå blitt undersøkt som prediktor for behandlingsutfall og allianse i psykoterapi. Det foreligger imidlertid lite kunnskap om hvorvidt grunnleggende interpersonlige ferdigheter generelt, og FIF spesielt, er noe som kan øves opp, slik at man blir en bedre og mer effektiv terapeut (Ryum, 2014). Metoden er dermed interessant å bruke både som et utfallsmål i studier som evaluerer metoder for terapeututvikling, og som et verktøy i undervisning og opplæring. Generelt gir norske psykologstudenter god behandling (se f.eks. Ryum et al., 2007), og den terapeutiske alliansen – som er et viktig FIF-domene – predikerer behandlingsutfall her som i andre populasjoner (Ryum et al., 2009). Derimot bekymrer norske psykologstudenter seg for å ikke gjøre en god nok jobb i sine første terapier på klinikken (Hansen et al., 2010). Mer erfarne terapeuter rapporterer også at enkelte klienter er utfordrende å møte, særlig personer med suicidproblematikk, passive personer eller hvor det er vanskelig å bli enige om mål og metoder for behandlingen (Stige et al., 2019). Metoden synes slik å kunne ha et bredt anvendelsesområde. En kan få tillatelse til å bruke stimuliklippene i forskning eller annet faglig utviklingsarbeid ved å kontakte forfatterne og/eller fisresearch.com.

Som et eksempel på FIF som utfallsmål i evaluering av opplæringsmetoder gjennomfører vi nå en randomisert kontrollert pilotstudie, Praksiserfaringer i psykoterapeut-utvikling (PEPU). Her tester vi om førsteårs profesjonsstudenter i psykologi kan forbedre sine FIF gjennom å delta som koterapeuter i ukentlige pasientsamtaler med erfarne

terapeuter ved en DPS. Ferdighetsbaserte *in-vivo*-tilnæringer til terapeutopplæring fremheves i hvert fall ofte som viktige (Hill & Knox, 2013), og ferdighetstesten kan også enkelt tilpasses og brukes som et læringsverktøy og stimuli for målrettet trening / «deliberate practice» (Rousmaniere, 2016). Å øve på terapeutrollen i en «terapisimulator», og kanskje spesielt på krevende interpersonlige situasjoner, kan gjøre en bedre rustet til å møte utfordrende situasjoner i den virkelige kliniske hverdagen. Å forholde seg til et ukjent fjes, som i vignettene, i stedet for studievenner/ kollegaer gjennom rollespill, kan oppleves som mer virkelighetsnært. Erfaringer med ferdighetstesten og konkrete responser kan være et godt utgangspunkt for faglig refleksjon og veiledning som fremmer trygghet i den fremtidige yrkesrollen som psykolog. Sammenlignet med opplæring i yrker som

lege, sykepleier, blålyspersonell, sjømann og pilot, der analoge opplæringsmetoder (simulator) står sentralt, har slike metoder i liten grad blitt tatt i bruk i terapeutopplæring.

Begrensninger

Hovedbegrensningene ved denne pilotstudien er at utvalget er lite, og det er behov for framtidige studier på større utvalg.

KONKLUSJON

Denne pilotstudien viste at en norsk oversettelse av en ferdighetstest for fasiliterende interpersonlige ferdigheter (FIF performance test) hadde gode psykometriske egenskaper, på linje med studier fra engelsk- og tyskspråklige utvalg. Man kan derfor vurdere å implementere testen i framtidige studier som har til hensikt å undersøke behandlingseffekt eller opplæring av terapeuter. ✕

REFERANSER

- Alden, L. E., Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521–536. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5503&4_10
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K. & Uhlin, B. D. (2016a). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26, 511–529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X. & Patterson, C. L. (2016b). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 57. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D.A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Anderson, T., Patterson, C., McClintock, A. S., McCarrick, S. M., Song, X. & The Psychotherapy and Interpersonal Lab Team (2019). *Facilitative Interpersonal Skills Task and Rating Manual*. Ohio University, Athens, Ohio. Upublisert.
- Constantino, M. J., Boswell, J. F., Bernecker, S. L. & Castonguay, L. G. (2013). Context-responsive psychotherapy integration as a framework for a unified clinical science: conceptual and empirical considerations. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, 2, 1–20.
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology*, 58, 7–19. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>
- Fleiss, J. L., Levin, B. & Paik, M. C. (2013). *Statistical methods for rates and proportions* (3. utg.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Hansen, T. I., Svendsen, B. & Hagen, R. (2010). Studentterapeuters bekymringer og opplevelser av profesjonsstudiet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47, 505–510.

- Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist, 70*, 747–757. <https://doi.org/10.1037/a0039803>
- Heinonen, E. & Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research, 30*, 417–432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hill, C. E., Anderson, T., Kline, K., McClinck, A., Cranston, S., McCarrick, S., Petrarca, A., Himawan, L., Pérez-Rojas, A. E., Bhatia, A., Gupta, S. & Gregor, M. (2016). Helping skills training for undergraduate students: Who should we select and train? *The Counseling Psychologist, 44*, 50–77. <https://doi.org/10.1177/0011000015613142>
- Hill, C. E. & Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6 utg., s. 775–811). John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 169–218). John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey.
- Munder, T., Schlipfenbacher, C., Toussaint, K., Warmuth, M., Anderson, T. & Gumz, A. (2019). Facilitative interpersonal skills performance test: Psychometric analysis of a German language version. *Journal of Clinical Psychology, 75*, 1–11. <https://doi.org/10.1002/jclp.22846>
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate practice for psychotherapists*. Routledge, New York, NY.
- Ryum, T. (2014). Terapeutkompetanse og personlige egenskaper. I L. E. Ottesen Kennair & R. Hagen (red.), *Psykoterapi: Tilnærminger og metoder* (s. 49–70). Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Ryum, T. & Halvorsen, J. Ø. (2014). Psykoterapiforskning. I L. E. Ottesen Kennair & R. Hagen (red.), *Psykoterapi: Tilnærminger og metoder* (s. 25–48). Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Ryum, T., Stiles, T., C. & Vogel, P. A. (2007). Effektivitet av psykoterapeutisk behandling gjort av viderekommende studenter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 44*, 1005–1011.
- Ryum, T., Stiles, T. C. & Vogel, P. V. (2009). Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 46*, 651–657.
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J. & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills. A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research, 27*, 642–652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Stige, S. H., Dundas, I., Schanche, E. & Hjeltnes, A. (2019). Kva typar mellom-menneskelege situasjonar opplever norske psykologar oftast og som mest krevjande? *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 56*, 573–580.
- Valen, J., Ryum, T., Svartberg, M., Stiles, T. C. & McCullough, L. (2011). The Achievement of Therapeutic Objectives Scale: Interrater reliability and sensitivity to change in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy. *Psychological Assessment, 23*, 848–855. <https://doi.org/10.1037/a0023649>
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 200–211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>

FORSKNINGSNOTIS

Terapi i det grønne kan styrke det terapeutiske møtet

I april 2020, bare noen uker etter den første nedstengningen av Norge, publiserte tidsskriftet *Clinical Psychology Review* en kvalitativ oppsummering av terapeuters og klienters erfaringer med terapi i det grønne. Artikkelen gir en tematisk sammenfatning av 38 studier der man har kartlagt 322 terapeuters og 163 klienters opplevelse av samtalerapi utendørs. Forskerne fant at samtalerapien ute var knyttet til mindre stress og emosjonell tretthet hos terapeuten og økt frihet til å uttrykke følelser for klienten. Bruk av parken som ramme for samtalerapi var vanligst i USA og Storbritannia og blant privatpraktiserende terapeuter. Terapeutene i studien var opptatt av endringer i den profesjonelle identiteten, ivaretagelse av rammen og praktiske utfordringer knyttet til konfidensialitet. Klientene vektla temaer som frihetsfølelse, normalisering og mer gjensidighet i den terapeutiske relasjonen. Forfatterne understreker at å tilrettelegge

for terapi i naturen er i tråd med krav om at psykologer tar mer ansvar for miljø- og klimaendringer, siden utendørsterapi kan styrke klientens forbindelse til naturen og bidra til at man tar mer miljøbevisste valg. Oppsummeringen er åpent tilgjengelig.

REFERANSE

- Cooley, S. J., Jones, C. R., Kurtz, A., & Robertson, N. (2020). 'Into the Wild': A meta-synthesis of talking therapy in natural outdoor spaces. *Clinical Psychology Review, 77*, 101841.

APPENDIKS A. Fasiliterte interpersonlige ferdigheter (FIF) med eksempler på skårer (Anderson et al., 2019).

FIF-domene	Beskrivelse	Lav skår	Medium skår	Høy skår
Verbal flyt	Evne til å kommunisere verbalt på en avslappet og god måte	Personen har store vansker med å formulere en respons; nervøs, usikker eller vanskelig å følge	Responser er for det meste lett å følge	Kommuniserer uten angst og reflekterer et ønske om å «nærme seg» klienten; responsen er flytende, lett å følge og har en melodisk/rytmisk kvalitet
Håp og positive forventninger	Evne til å uttrykke håp, optimisme og positive forventninger; fremme personlig medvirkning og etablere plan for måloppnåelse	Responser mangler håp og/eller er pessimistisk	Viser en generell optimisme, men ingen plan for hvordan klienten kan nå sine mål	Uttrykker klart håp for klientens fremtid, forsterker vedkommendes medvirkning og formulerer forslag til <i>hvordan</i> klienten kan nå sine mål
Overbevisnings-evne	Evne til å få klienten til å akseptere et synspunkt som er ulikt det vedkommende har fra før; formidle et faglig perspektiv eller rasjonale vedrørende kilden til klientens plager	Responser er uorganisert, usammenhengende og vanskelig å følge, eller personen vet ikke hva han/hun skal si	Viser liten grad av overbevisningsevne	Personen er svært overbevisende; snakker med selvtillit, sikkerhet og autoritet, og formidler et nytt perspektiv på klientens opplevelse
Emosjons-uttrykk	Evne til å formidle energi og følelse i responsen	Personen utviser lite eller ingen affekt; kjedelig (snakker med tilnærmet monoton stemme uten intensitet)	Personen har prosodi (trykk, lengde, rytme og tone) som i en alminnelig samtale	Det er affekt og prosodi i personens stemme; responsen gis på en svært emosjonell og engasjerende måte
Varme, aksept og forståelse	Evne til å vise omsorg og aksept for klienten; omsorgsfull holdning og ønske om å hjelpe	Viser en åpenbar mangel på respekt, aksept eller varme for klienten (fordomsfull, dømmende, nedsettende, klandrende, skyldinduserende)	Det er et hverdagslig nivå av høflighet og varme i responsen, eller personens holdning til klienten lar seg ikke klart avlede	Uttrykker klart og tydelig varme, omtanke og aksept av klienten; for eksempel medfølelse forsøk på å relatere seg til klientens opplevelse
Empati	Evne til å respondere med en uttrykt forståelse av klientens subjektive opplevelse; responsen må også formidle en presis forståelse av klientens tanker og emosjoner	Personen misforstår åpenbart et viktig aspekt ved klienten, slik som utfordringer, antagelser, følelser m.m.	Personen er generelt presis hva gjelder klientens opplevelse, men fanger bare opp de mer åpenbare aspektene ved klientens opplevelse og bekymringer	Personen viser til klientens opplevelse på en måte som gjør det klart at han/hun ikke bare har lyttet, men har fått en svært god forståelse av klientens opplevelse; må avlede noe om klientens opplevelse som ikke er uttrykt eksplisitt, men vises i klientens nonverbale uttrykk
Evne til å danne allianse	Evne til å skape et samarbeidende miljø	Personen underminerer et gjensidig samarbeid, enten ved å være over- (ta alt ansvar, moralistisk) eller underinvolvert (legge alt ansvar på klienten)	Personen verken underminerer eller forsøker å styrke en samarbeidende atmosfære	Personen utfører spesifikke handlinger for å skape en atmosfære av samarbeid («oss»), ved for eksempel å stille spørsmål om tolkninger, konklusjoner og mål passer med klientens opplevelse
Respons på alliansebrudd	Evne til å være responsiv til det interpersonlige tema som utspiller seg mellom terapeuten og klienten	Personen responderer på den interpersonlige spenningen på en måte som ikke er produktiv eller som forsterker alliansebristen (f.eks. negativ til en fiendtlig klient), eller på en måte som tyder på at personen unngår problemet i relasjonen	Det kan være en uformell anerkjennelse av den interpersonlige situasjonen, men responsen tilrettelegger ikke for videre diskusjon av problemet/forholdet	Personen forsøker å redusere den interpersonlige spenningen gjennom å engasjere klienten i en direkte diskusjon av den umiddelbare samhandlingen

Fyll og annet spetakkel

Det er 120 år siden den beryktede «løsgjengerloven» så dagens lys. På tide å kaste et tilbakeblikk på noe av det som har skjedd siden man begynte å sende såkalte løsgjengere på tvangsarbeid.

TEKST

Halvor Kjølstad,
psykologspesialist

KONTAKT

halvor@
dvergsdalconsulting.no

Som kjent farges man av sine opplevelser, og med min lange fartstid i rusfeltet er jeg klar over at historieskrivningen i det følgende i høy grad er subjektiv. Min far, Thorbjørn Kjølstad (1916–81), var statens overlege for alkoholistsorgen fra 1956 til 1981, og samtidig styrer på Bjørnebekk Kursted i Ås. Bjørnebekk var med sine 70 manns plasser statens flaggskip i alkoholistsorgen fra 1939, til det ble overtatt av Akershus fylkeskommune i 1993. På Bjørnebekk vokste jeg opp sammen med 70 pasienter som min nærmeste omgangskrets, og i tillegg fikk jeg være med far på kjøreturer til rusinstitusjoner rundt om i landet. Jeg hadde dermed tidlig atskillige erfaringsbaserte kunnskapsbrokker om hvordan det sto til rundt omkring i disse virksomhetene. Som voksen har jeg fulgt opp farsarven blant annet ved å ha arbeidet i mange år i Kirkens Bymisjon, Blå Kors og AKAN.

1900-1950: TVANGSARBEID OG TVILSOM FRIVILLIGHET

Løsgjengerloven var i utgangspunktet etablert for å få slutt på problemene med omstreifende personer som livnærte seg med tuskhandel og tigging. I praksis rammet den særlig fattige, alkoholisererte menn uten fast arbeid og uten fast bopel. Til tross for at Ragnar Vogt (1909) allerede i 1905 brukte behandlingsorientert terminologi om ruslidelser i sin lærebok i psyki-

atri, skulle det ta hele 65 år før en lovendring satte en stopper for løsgjengerlovens tvangsarbeid. Dette triste kapitlet i norsk kriminalhistorie er beskrevet både av innsatte (Hansen, 1969, 1978) og ansatte (Olsen, 2010).

Til tross for behandlingsperspektivets spede begynnelse ble mange i denne perioden sendt til såkalte tvangsarbeidshus. Opstad tvangsarbeidshus, som åpnet i 1915, var ansett som svært moderne, og den første direktøren trodde antagelig oppriktig på at den friske luften og sunt arbeid skulle ha en rehabiliterende virkning (Falsen, 1938). Slik gikk det imidlertid ikke (se Christie, 1960). Tvangsanbringelse i 18 måneder (første gang) eller inntil tre år (ved gjentakelser) ble opplevd som trøstesløs.

Heldigvis lå også behandlingstenkning til grunn for etableringen av de to første kurstedene, Blåkorshjemmet på Eina i 1909 og legeforeningens kursted på Ørje i 1910. Staten kom etter, med Hovelsåsen i 1922 og Bjørnebekk i 1939. Samtidig som behandlingsinstitusjonene vokste fram, ble det skapt systemer for innleggelse og opphold i institusjonene. I 1932 kom lov om edruskapsvern og edruskapsnemnder. Her fikk folkevalgte nemndsmedlemmer posisjon og myndighet til å sørge for at kommunens drikkfeldige ble innlagt på kursted. De fleste innleggelsene var formelt frivillige, men nemnda kunne også igangsette tvang hvis ikke.



TVUNGET TIL ARBEID I første halvdel av 1900-tallet ble menn uten fast arbeid og bopel sendt til tvangsarbeid etter løsgjengerloven. I praksis var det alkoholisererte menn loven rammet. Opstad tvangsarbeidshus i Rogaland var hovedanstalt for tvangsarbeidsforordningen. Foto: Norsk Luftfoto AS / Østfold fylkes billedarkiv.

I bakgrunnen lurte Opstadspøkelset hvis man ikke skikket seg bra nok i det «frivillige» systemet.

1950-1970: SYKDOMSMODELL OG NYE BRUKERGRUPPER

Da den ubehagelige kombinasjonen av disulfiram (virkestoffet i antabus eller aversan) og alkohol ble oppdaget ved en tilfeldighet, trodde man at alkoholismeproblemet lang på vei var løst. Gi alkoholikeren en dose antabus og han avstår fra å drikke! Denne nesten magiske troen på å løse problemene «medisinsk» gikk hånd i hånd med en stadig mer utbredt oppfatning om at alkoholisme burde forstås og behandles som en form for sykdom. Sykdomstenkningen fikk sterk støtte fra den internasjonalt voksende Anonyme Alkoholikere (AA)-bevegelsen. AA-budskapet om alkoholisme som en irreversibel og progredierende sykdom spredde seg med rekordfart fra den spede begynnelsen på 1930-tallet.

Mens de gamle kurstedene befant seg bokstavelig talt «på landet», langt fra fristende skjenkesteder, begynte etableringen av A-Klinikker i byene på 1950-tallet, med Trasoklinikken i Oslo som den første i 1951. I tråd med utviklingen var A-klinikkene forankret i den daværende sykehusloven. Et annet viktig aspekt var at klinikkene var korttidsinstitusjoner, med «liggetid» på tre uker til noen få måneder. En annen nyvinning var tilsynsavdelingene, en slags overgangsenheter, der brukerne i noen måneder kunne være under tilsyn samtidig som de var i ferd med å (re)etablere seg «ute» i arbeidslivet.

Tradisjonelt var kurstedene befolket av «rene» alkoholikere, ispedd en og annen morfinist eller kokainmisbruker. Så utviklet legemiddelindustrien nye og avhengighetsskapende medikamenter, og i løpet av 1960-tallet kom cannabisproduktene på banen, og dermed også nye brukergrupper. Statens klinikk for narkomane ble åpnet i 1961, og senere kom det i gang behandlingstilbud som særlig var rettet mot unge stoffmisbrukere. Senere har blandingsmisbruket av rusmidler eksplodert, og i dag er den gammeldagse «alkisen» blitt en sjeldenhet.



Løsgjengerloven var i utgangspunktet etablert for å få slutt på problemene med omstreifende personer som livnærte seg med tuskhandel og tiggning





NYE BRUKERE På 60-tallet kom cannabisproduktene på banen, og dermed også nye brukergrupper. I dag er den gammeldagse «alkisen» blitt en sjeldenhet, skriver Halvor Kjølstad. Her fra Slottsparken i Oslo i 1971. Foto: T. Skillestad / NTB Scanpix

Mot slutten av 1960-årene reagerte stadig flere fagfolk og politikere på den utstrakte tvangsbruken i rusfeltet. Uverdige forhold i drikkekapsarresten, urimelig avstraffelse av ikke-kriminelle «løsgjengere» ble gjenstand for en opphetet offentlig debatt. Det gikk mang en kule varmt i den polariserte debatten mellom «liberalistene» på den ene siden og de som fryktet ville og lovløse tilstander på den andre. En av toppene kom da det skulle startes med prøvedrift av avrusningsstasjoner, et humant alternativ til «fylllearresten». Hvordan skulle det gå når (kvinnelige!) sykepleiere skulle håndtere fulle, krangleverne og til dels farlige mannfolk? Stort sett gikk det utmerket (Ramsøy et al., 1978)!

1970-1990: PROFESJONALISERING, POLIKLINIKKER OG MINNESOTAMODELLEN

Da tvangsarbeidsepoken gikk mot slutten, var spørsmålet: Hva skal vi stille opp med for dem vi tidligere har sperret inne for kortere eller lengre tid? Hva med brukere som trengte et anstendig

sted å bo over lengre tid uten at de nødvendigvis ville legge om sin livsstil? Samfunnets svar var hovedsakelig opprettelse av vernehjem, en institusjonstype med romslig toleranse for alkoholbruk ved permisjoner, og der det ikke skulle være arbeidsplikt. I 1977 var det ca. 30 vernehjem rundt om i landet. Mange, deriblant jeg selv (Kjølstad, 1977), mente at vernehjemmene langt på vei fungerte godt og var et positivt fremskritt. Andre, særlig en gruppe sosiologer, hevdet at dette var lite å glede seg over. Sosiologene sparte ikke på kruttet. Den skarpeste salven kom vel i hovedoppgaven med tittelen «Fangene på Kjønnørød. Rapport fra en verneheim for alkoholikere» (Samuelsen, 1973). Det var særlig kontroversielt at den forhatte Foldin offentlige skole fikk nytt liv som Statens Vernehjem Bastøy. Til tross for dystre spådommer så det ut til at mange beboere fikk en god og stabil bostuasjon der (Statens Vernehjem Bastøy, 1975).

I de store byene var «botilbudet» til de mest vanskeligstilte lenge svært kummerlig. Et grelt

eksempel var mannsherberget i Kristian Krohgs gate; her var det plass til over 400 mann i store sovesaler. Da «Krohgen» ble etablert i 1939, skrev Arbeiderbladet at Oslo hadde fått «et praktfullt mannsherberge». Ved nedleggelsen i 1989 betegnet Erling Folkvord herberget som «en fabrikk for masseødeleggelse av menneskeverd» (Muri, 2017). De fleste herbergistene fikk etter hvert tilbud om å bo i mindre hybelhus og lignende rundt om i byene – til kraftige protester fra lokalbefolkningen.

Solidaritet, faglighet og verdinøytralitet

Helse- og sosialarbeiderne var stort sett røde på 70-tallet. I synet på rusproblematikerne ble fokus i stor grad satt på samfunnsmessige forhold som bidro til at folk fikk et vanskelig liv, og man ble mindre opptatt av å moralisere over enkeltmenneskets ansvar for sin skjebne. Belastende uttrykk som fyllefant og løsgjenger ble søkt erstattet med mer menneskeverdig omtale; man snakket om vanskeligstilte klienter, og brukergruppen i Oslo ble i noen sammenhenger ganske klingende omtalt som filleproletariatet. Sosiologene var viktige bidragsyttere i denne diskursen, og noen av dem gikk både i teori og praksis langt for å vise sin solidaritet med brukerne (se f.eks. Ramsøy, 1971).

70-tallet var også preget av reaksjon på evangelisering og påtvunget kristelighet som hadde foregått i mange rusinstitusjoner. Rusfeltet var på denne tiden dominert av kristne organisasjoner. Blå Kors, Oslo Indremisjon (senere Kirkens Bymisjon), Det Hvite Bånd, med flere eide og drev de fleste institusjonene, og mang en bruker opplevde å bli påtvunget et kristelig budskap og tilsvarende husordensregler og andaktsrutiner. I mange virksomheter var det relativt få medarbeidere med høyere utdanning – i ettertid er det lett å se at åndeligheten kanskje stod høyere enn fagligheten enkelte steder.

Sett i lys av historien er det ikke overraskende at nyutdannete sosionomer, sykepleiere, vernepleiere (og til og med noen få psykologer) ble opptatt av både solidarisering med brukerne og profesjonalisering av rusfeltet; det skulle satses på høy faglighet og solidaritet, og man skulle ikke på noen måte påtvinge brukerne et spesielt livssyn – i hvert fall ikke et kristent sådant. I iveren etter å distansere seg fra fortidens synder ble det populært å snakke om verdinøytrale fagfolk – alt skulle være faglig, og kun det! Hvordan det skulle være mulig å fremstå som verdinøytral i møtet med sin klient, er et annet spørsmål.

Og så kom Fanny Duckert

Allerede som psykologistudent begynte Fanny Duckert å utfordre etablerte «sannheter» om «alkoholisme», og hun ble fort kjent som opphavskvinne til begrepet kontrollert drikking. Dette var virkelig å banne i kirka, og det fortsatte Fanny med lenge, for eksempel med en for mange fagfolk provoserende boktittel: *Alkoholproblemer kan mestres* (Duckert, 1982). Bare å antyde at en del personer med alkoholproblemer ikke nødvendigvis måtte bli totalavholdende for å få et godt liv, ble oppfattet som å gi fanden lillefingeren eller det som verre var.

Som nyansatt sjefpsykolog ved A-senteret i Oslo opplevde jeg at mye av tiden på ledermøtene gikk med til intense drøftinger om hva man kunne gjøre med denne Fanny Duckert og hennes åpenbart feilaktige budskap! Til ingen nytte; Duckerts bidrag til fornying av forståelsen av og tilnærmingen til personer med alkoholrelaterte problemer var kommet for å bli.

I et større perspektiv er det etter mitt syn forunderlig at AAs alkoholismeteorologi fortsetter å leve og blomstre; Duckert og mange andre (se f.eks. »



Mot slutten av 1960-årene reagerte stadig flere fagfolk og politikere på den utstrakte tvangsbruken i rusfeltet



I et større perspektiv er det etter mitt syn forunderlig at AAs alkoholismeteorologi fortsetter å leve og blomstre

Fingarette, 1988) har til de grader tilbakevist det teoretiske fundamentet AA-bevegelsen hviler på, men i praksis sverger fortsatt svært mange, både brukere og behandlere, til de 12 trinn og de 12 tradisjoner (AA, 2004). Hvordan er dette mulig? Kanskje fordi gruppefelleskapet AA-bevegelsen er bygget på, gir så mye god støtte, samhørighet, skammedbyggende erfaring og opplevelse av å ikke være alene, og at dette for mange oppleves som svært meningsfylt og edruskapsgenererende. Ser man for eksempel på Yaloms liste over virksomme faktorer i gruppepsykoterapi, er det lett å forstå at AA-folk holder på sitt (Yalom, 1970, Kjølstad, 2001).

Sengeliggende eller oppgående behandling

Det var lenge opplest og vedtatt at behandling måtte foregå på døgnbasis. Det var nok en fjern tanke at alkoholproblematikere kunne komme til timeavtaler slik som «vanlige» folk; de skulle være i elendig fysisk og psykisk forfatning og fortrinnsvis ligge i senger for å kunne behandles. Imidlertid ble det i løpet av 1970- og 80-årene mer og mer vanlig å tilby poliklinisk behandling i rusfeltet. Denne «stille» reformen var banebrytende på flere måter; poliklinikkens tilbud slo beina under myten om den behandlingstrengende alkoholikeren som svært syk, sosialt og fysisk utslått, og den utfordret forestillingen om alkoholikerens drikkemønster som fullstendig ukontrollert, jf. det «jellinekske» begrepet «tap av kontroll» (Borg, 1962). Det hørte med til den gode lære om alkoholikere at når de først begynte å drikke, så mistet de fort kontrollen. Kontrolltapet skulle også være irreversibilitet – en gang alkoholiker, alltid alkoholiker!

Selv om poliklinikkene var kommet for å bli, så det ut til at media, politikere og folk flest hadde vondt for å gi slipp på bildet av «alkoholikeren» som en sliten, halvgammel og forkommen mann, attpåtil en det ikke var så mye håp for. I selskapslivet fikk vi som jobbet i bransjen, medfølende klapp på skulderen når folk hørte hva vi drev med, og standardkommentaren var av typen «det må være tungt, for det nytter vel ikke ...». Det er min erfaring og påstand at slike forestillinger fortsatt lever i beste velgående. Kanskje «alkismytene» hjelper de fleste av oss til å drikke ubekymret i vei som vi pleier, for vi er da ikke alkoholikere! Det ville jo være fint om 95 prosent av befolkningen kunne leve godt med (større eller mindre) alkoholbruk gjennom et langt liv, mens de 5 prosentene med en eller annen sårbarhet/genetisk disposisjon eller hva det nå måtte være får alkoholismesykdommen og må behandles – kanskje helst i senger!

Konkurransen om brukerne

Rusbehandling var ikke preget av konkurranse i gamle dager. Det offentlige bidro i beskjeden grad, mens private, kristne organisasjoner som Blå Kors, Oslo Indremisjon (senere Kirkens Bymisjon), Det Hvite Bånd med flere dominerte fagfeltet. Midt på 1970-tallet var Blå Kors den største aktøren, med til sammen 966 sengeplasser pluss en del poliklinisk kapasitet (Seierstad, 1977). Det typiske var at virksomhetene ble eiet og drevet av organisasjonene, mens pengene kom fra det offentlige. Tilsyn og kontroll var det så som så med; så lenge det ikke skjedde store skandaler og sengene var belagt, gikk det stort sett greit å få nye driftsmidler for neste budsjettår.

Inspirert av den amerikanske (AA-baserte) Minnesotamodellen begynte det på 80- og 90-tallet å dukke opp private klinikker der folk selv, eller kanskje arbeidsgiver, måtte betale for oppholdet, men der behandlingen, ifølge friske reklameannonser i avisene, gikk utenpå det tilbudet man kunne få i de etablerte institusjonene. Dette var i sannhet nye tider; tenk å annonsere for



«KROHGEN» I de store byene var botilbudet til de mest vanskeligstilte lenge svært kummerlig. På mannsherberget i Kristian Krohgs gate var det plass til over 400 mann i store sovesaler. Fotoet er tatt i 1988 i forbindelse med en sak om overbelastning av overnatningsstedet. Herberget ble lagt ned i 1989. Foto: Brynjulv Aartun / Aftenposten / NTB Scanpix

alkoholistbehandling i avisene, og attpåtil påstå at man var både bedre og best! Vi i «det gamle» systemet var rystet og forarget, men måtte også ta inn over oss at vi ikke hadde noe monopol på behandlingstilbud, og at det kanskje var et sunnhetstegn at det etablerte ble utfordret. Utviklingen senere har gått i retning av et stadig mer mangefasettert behandlingstilbud, blant annet med økende vekt på inkludering av familie og nettverk. Det er fortsatt mange privatfinansierte virksomheter med til dels høy sigarføring på reklamen.

De «ufaglærte» og de profesjonelle

Tradisjonelt var alkoholistomsorgen bemannet av noen få «hvite frakker» (leger, diakoner, sykepleiere) og mange «hvite flokker» (kristne ildsjeler). I sistnevnte gruppe var de fleste medarbeiderne «ufaglærte», men ofte preget av stor innsatsvilje og et kall om å hjelpe sine medmennesker. De bodde på eller like ved sine arbeidsplasser og hadde på godt og vondt livet tett innvevet i alt som foregikk på jobben. I ettertid er det lett å se kritisk på de uklare skillene mellom privatliv og arbeid, og på enkeltpersoners og virksomheters overdrevne evangeliseringstrang, men vi kan også med fordel kjenne respekt for ansatte som ut fra de beste intensjoner gjorde en formidabel innsats gjennom et langt yrkesliv.

På Bjørnebekk var det allerede fra 60-tallet ikke mindre enn fire legestillinger. Dette var i og for seg imponerende, men vi som vokste opp på kurstedet, merket at ikke alt var på stell. Flere av legene bar sterkt preg av egne

rusrelaterte og/eller psykiske lidelser, og dette ga kurstedhverdagene atskillige pussige episoder. Selvsagt fantes det leger med upåfallende anamneser også, men det var ikke så mange av dem, og dermed lå veien åpen for at psykologene kunne «innta» alkoholistomsorgen. Allerede i løpet av 80-tallet begynte psykologene å få ledende stillinger i dette fagfeltet. I 2020 kan det virke selvfølgelig at psykologer kan ha lederansvar, men så sent som i 1976 hevdet daværende formann i Norsk psykiatrisk forening Gabriel Langfeldt at psykologenes plass i psykiatrien var ved testene, ikke i terapirommet!

I tiårene som fulgte, kom imidlertid psykologene for fullt med mange vitenskapelige arbeider. Her var blant annet miljøet på Hjeltestadklinikken toneangivende.

TIDEN ETTER 1990: RUSFELTETS INN I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Det skjedde store endringer i Helse-Norge på 1990-tallet og senere: Nye helselover og ny pasi- >



STYRKE I TROEN Oslo Indremisjonen, senere Kirkens Bymisjon, var en av flere kristne organisasjoner som dominerte rusomsorgen frem til 70-tallet. Senere kom oppgjøret og ønsket om en verdinøytral rusomsorg. Her ser vi pastor Olaf Hillestad lede den musikalske andakten. Foto: Aage Storløkken / NTB Scanpix

entrettighetslov trådte i kraft fra 1.1. 1991. Blant annet forsvant de gamle profesjonslovene (også vår egen psykologlov), og lov om psykisk helsevern fra 1961 ble erstattet av den nye psykisk helsevernloven, som avskaffet legenes maktmonopol i det psykiske helsevernet. Nå kan psykologer sjefe like mye som legene.

Hva så med rus og behandling? Her skjedde det også noe, i hvert fall tilsynelatende: Lov om sosiale tjenester (LOST) kom i 1991, og mange trodde at denne loven skulle bidra til å svekke eller fjerne særbehandlingen av mennesker med rusproblemer. I praksis skjedde ikke noe annet enn at alle potensielle rusklienter ble definert som «sosialklienter», og dermed var

man like langt. Fagrådet innenfor rusfeltet tok saken på kornet da de hadde en parodierte versjon av lovtittelen som hovedoverskrift på en av sine årlige konferanser: «Lost in Space».

Mer fart i sakene ble det med Rusreformen i 2004, som resulterte i at rusinstitusjonene ble tatt inn i varmen; mange av dem ble nå innlemmet i spesialisthelsetjenesten, og rusmiddelavhengige fikk dermed samme rettigheter som andre pasienter i spesialisthelsetjenesten. Men særomsorg skulle det fortsatt være, og det nye spesialisthelsetjenestebarnet fikk i 2004 det klingende navnet Tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet (TSB) – intet mindre!

HVA NÅ?

Det er et fremskritt at ruspasienter har sterkere rettigheter enn før, og andelen faglærte har gått vesentlig opp i rusinstitusjonene etter reformene. Men det kan stilles spørsmål ved at storebror Legeforeningen etablerte en egen

spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin i 2012, og at lillebror NPF fulgte opp med spesialitet i rus- og avhengighetspsykologi. Etter mitt syn er dette med på å sementere rusfeltet som sært og vesentlig annerledes enn det psykiske helsevernet. Etter å ha pendlet mellom rusfeltet (i 20 år) og psykisk helsevern (i 20 år) i et langt yrkesliv har blant annet følgende slått meg: Forestillingene blant helsepersonell om hvor sære og «vanskelige» folk med rusrelaterte problemer er, og hvor «spesielt» det må være å behandle dem. Men samtidig hvor greit det har gått når behandlere fra rusfeltet har gått over til psykiske helsevern, og omvendt.

Så får vi se hva som kommer. Så langt ser det ut til at mye er som før; første- og andrelinjen strides om hvem som har ansvar for hva, og de «vanskelige» ruspasientene er fortsatt kasteballer mellom behandlerne i TSB og psykisk helsevern.

Ute i virksomhetene skjer det imidlertid noe. Stillingsannonser i tidsskriftet vårt de siste par årene viser en interessant tendens; vi ser stadig oftere annonser som viser at praksisfeltet er i ferd med å forholde seg mer helhetlig til rus og psykisk helse. Formuleringer som «Enhet for rus og psykisk helse», «Klinikk for psykisk helse og rus» er i ferd med å bli vanlige. Jeg håper dette er et uttrykk for at stadig flere klinikere innser at rusproblematikk og psykiske helseplager er så tett sammenvevet at det er meningsløst å organisere tjenestetilbudene som om det dreier seg om to verdener. Mye har skjedd siden Opstad Tvangsarbeidshus åpnet sine porter, men det ser dessverre ut til å være et godt stykke igjen før mennesker med rusrelaterte problemer virkelig får aksept som fullverdige brukere av hjelpeapparatet. ✕

REFERANSER

- Anonyme Alkoholikere (2004). *Storboka*. AAs servicekontor.
- Borg, V. (1962). *Trøster og tyrann*. Gyldendal.
- Christie, N. (1960). *Tvangsarbeid og alkoholbruk*. Universitetsforlaget.
- Duckert, F. (1982). *Alkoholproblemer kan mestres*. Aschehoug.
- Falsen, C. (1938). Fra Opstad Tvangsarbeidshus. *Nordisk tidsskrift for Strafferett*, 26, 29–54.
- Fekjær, H.O. (1980). *Ny viten om alkohol*. Gyldendal.
- Fekjær, H.O. (2004). *Rus*. Gyldendal.
- Fingarette, H. (1988). *Heavy Drinking. The Myth of Alcoholism as a Disease*. University of California Press.
- Jellinek, E.M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. Hillhouse Press.
- Hansen, H.A. (1969). *Det lyriske fattighus*. Pax.
- Hansen H.A. (1978). *Samfunnslære nederst ved bordet*. Gyldendal.
- Kasa, T. (1939). Vår alkoholistforsorg og behandlingen av alkoholister. I *Frihet – Sannhet: festskrift til Johan Scharf-fenberg, 70-årsdagen 23. november 1939*, s. 243–57.
- Kjølstad, H. (1973a). Alkoholisme – en presentasjon av noen synspunkter og teorier. *Norsk tidsskrift om alkoholspørsmålet*, 1, 13–31.
- Kjølstad, H. (1973b). Rådgivningsarbeid ved kursteder og vernehjem i perioden 01.01. – 30.06.73. Stensil, Statens Edruskapsdirektorat.
- Kjølstad, H.: Vernehjemmets funksjon i alkoholistsorgen. *Tidsskrift om edruskaps spørsmål*, 4, 10–11.
- Kjølstad, H. (1990). Alkoholistsorg i 90 år. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 14,10, 1845–47.
- Kjølstad, H. (2001). Et åndfullt liv uten den sterke ånden. *Tidsskrift for Norsk psykiologforening*, 3, 920–27.
- Løfgren, B. (1970). *Alkoholismen, människan och samhället*. Aldus/Bonnier.
- Muri, B. (29.5. 2017) Altfor mange senger i herberget. Dagsavisen.
- Olsen, S. (2010). *Til Jæderen for å trille tåke*. Spartacus.
- Ramsøy, O. (1971). *På livet – fra filleproletariatet i Oslo*. Universitetsforlaget.
- Ramsøy, O. et al. (1978). Avrusning: rapport om Oslo kommunes avrusningsstasjon, Storgt. 36. Universitetet i Oslo, Institutt for sosiologi. Skriftserie; 42.
- Samuelsen, T. (1973). Fangene på Kjønnrød. Rapport fra en verneheim for alkoholikere. Universitetet i Oslo, Institutt for sosiologi.
- Seierstad, A. (1977). Blå Kors' innsats i alkoholistsorgen. *Tidsskrift om edruskaps spørsmål*, 12, 18–19 og 25.
- Statens Vernehjem Bastøy (!975). Statens Vernehjem, Bastøy 1971–74. Rapport fra institusjonen.
- Sundby, P. (1967). *Alcoholism and Mortality*. Universitetsforlaget.
- Vogt, R. (1909). *Psykiatriens Grundtræk*. Steen'ske Bogtrykkeri og Forlag.
- Yalom, I. (1970). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic books.

Traumebehandling for små barn

Tidlege traume viklar seg inn i barnet si utvikling på komplekse måtar. Metoden Child-Parent Psychotherapy gir oss høve til å få fram barnet si stemme samtidig som vi jobbar med auka tryggleik og utviklingstøtte i omsorgsrelasjonen.

TEKST Anita Krøvel-Velle, Guro Vigestad og Anne Gunn Tingvold*
Alle psykologspesialistar, tilsett ved BUP Sentrum, Helse Bergen med deltidsengasjement ved RBUP Øst og Sør

KONTAKT
krvarn@helse-bergen.no

Då Kaia var 16 månadar, vart ho akutt flytta i beredskapsheim etter gjentekne alvorlege valdsepisodar heime. Ho kjem til behandling ved BUP 3 år gamal, saman med fostermor. Det er bekymringar knytt til humørsvingingar, sinneutbrot og separasjonsangst. Ingen har snakka med Kaia om valdshendingane ho sannsynlegvis har vore vitne til i biologisk heim.

Korleis kan vi som terapeutar hjelpe små barn til gjennomarbeiding og heiling når skremmande hendingar stoggar normal vekst? I denne artikkelen ynskjer vi å dele kliniske erfaringar med metoden Child-Parent Psychotherapy (CPP). Vi vil kome tilbake til Kaia seinare i artikkelen. Gjennom å fylgje behandlinga hennar ynskjer vi å illustrere korleis eit behandlingssløp kan sjå ut.

CPP er ein relasjonsbasert og traumeinformert behandlingsmetode for sped- og førskulebarn. Metoden kan nyttast i alle situasjonar der relasjonen mellom eit lite barn og omsorgspersonen er negativt påverka av vanskelege tilhøve i familien (Lieberman et al., 2015). Årsaker kan mellom anna vere eksponering for traumatiske hendingar, miljømessige belastningar, psykisk sjukdom hjå foreldre, omsorgssvikt, store utfordringar relatert til temperament eller andre vanskar hjå barnet. Barn og omsorgsperson

møter saman til behandlingstimar på leikerom. Målet med behandlinga er å styrke relasjonen mellom barn og omsorgsperson, og at omsorgspersonen i aukande grad skal bli i stand til å forstå barnet si åtferd, hjelpe med regulering av følelsar og å støtte barnet tilbake til normalutvikling.

CPP er ein godt etablert behandlingsmetode for denne pasientgruppa i USA, medan implementering av metoden er heilt i startfasen i Noreg. Effektstudiar viser til gode resultat for barn med PTSD-symptom og barn med åtferdsvanskar (Lieberman, Gosh Ippen & Van Horn, 2006; Lieberman, Van Horn & Gosh Ippen, 2005). Desse studiane viser til at behandlinga også har effekt på omsorgsgivar sine symptom på psykisk lidning. Ein finn også god behandlingseffekt for barn med fleire traumatiske og belastande livshendingar (Gosh Ippen et al., 2011). CPP har dessutan vist positiv effekt på tilknytingsmønster hjå barn til deprimerte mødrer (Toth, Rogosch, Manly & Cicchetti, 2006), og ein langtidsstudie finn at effekten varar ved over tid (Guild, Toth, Handley, Rogosch & Cicchetti, 2017).

TEORETISK GRUNNLAG

Fears about the future mirror what happened in the past and live on as a burden in the present. (Lieberman & Van Horn, 2008).

* Forfatterne har avgitt signert interessekonflikterklæring og oppgir ingen interessekonflikter



Metoden har vakse ut frå Infant-Parent Psychotherapy, som vart utvikla av Selma Fraiberg og kollegaer (1980). Dei var opptekne av korleis forstyrningar hjå spedbarnet ofte hadde samanheng med foreldre sine eigne psykologiske konflikter, uttrykt gjennom foreldra sine haldningar til og åtferd overfor spedbarnet. Fraiberg et al. (1975) presenterte omgrepet «Ghosts in the nursery», som viser til korleis eigne vonde omsorgserfaringar pregar forventningar til og oppfatningar av barnet. Desse igjen formar forelderen si åtferd og reaksjonar i møte med barnet, som igjen internaliserer desse oppfatningane om seg sjølv. Dess mindre tidlege omsorgserfaringar er bevisst erkjent og forankra i kjenslelivet, jo meir står ein i fare for å repetere dei. Gjennom å legge til rette for å kunne knytte kjensler til erfaringane skapar ein grunnlag for å kunne bryte generasjonsoverføringar av traume.

CPP er ei vidareutvikling av denne tradisjonen som var forankra i psykoanalytisk teori og utviklingspsykologi. Ein har utvida målgruppa si alder oppover, samt inkorporert nyare traumeforståing. Metodetruskar er ikkje manualisert ut frå spesifikke teknikkar, men ut frå nokre overordna målsetjingar og moglege intervensjonsmodalitetar, der ein legg stor vekt på refleksiv praksis (Lieberman et al., 2015). Verktøy knytt til metodetruskar skal hjelpe terapeuten med å finne vegen for den

”

Metoden kan nyttast i alle situasjonar der relasjonen mellom eit lite barn og omsorgspersonen er negativt påverka av vanskelege tilhøve i familien

aktuelle dyaden i behandlingsrommet gjennom å heile tida reflektere over eigne haldningar og kva som skjer emosjonelt både i terapeut, i barn, i forelderen og i relasjonen.

I kvar behandlingstime vil der vere eit hav av moglege tema og terapeutiske vegval. Child-Parent Psychotherapy har tatt utgangspunkt i Daniel Stern sitt omgrep «Ports of entry» (inngangsportar) (1995) for å auke medvit om terapeutiske moglegheiter som oppstår fortløpande (Lieberman & Van Horn, 2008). Terapeuten har langsiktige målsetjingar for dyaden, og idear om kva som kan vere mest endringskapande her og no. Terapeuten vil til dømes kunne velje å opne meir opp for forståing av barnet sin leik, å styrke omsorgspersonen eller

»

å fokusere på å bringe dyaden nærmare kvarandre. Ein vel også mellom ulike modalitetar, som kroppsspråk, samtale, aktivitet eller leik. Ut frå det som spelar seg ut augneblink for augneblink i terapirommet, vel terapeuten ein *inngangsport* og fylgjer det som då opnar seg.

SMÅ BARN OG TRAUME

CPP legg til grunn kunnskap om den gjennomgripande og øydeleggjande krafta traume kan medføre i ein person sitt liv, og spesifikt hjå dei minste. Små barn har eit lite utvikla nervesystem for å handtere skremmande hendingar, og dei er difor heilt avhengige av omsorgspersonar si støtte og hjelp. Dette vert framheva av traumefeltet generelt og av spedbarnsfeltet spesielt, der den nye utgåva til Sjøvold og Furuholmen (2020) si bok *De minste barnas stemme. Sped- og småbarn utsatt for vold og omsorgssvikt* målbærer dette på ein tydeleg måte i Noreg. Ved fråvær av slik støtte eller når omsorgspersonar er årsak til dei skremmande erfaringane, står barnet svært utsett til for å få alvorlege forstyrningar i utviklinga si. Dette påverkar barnet si oppfatning av verda rundt seg, mellom anna i form av manglande tillit, som igjen gir ringverknader i nære relasjonar (Lieberman et al., 2015). Traume vil slik kunne hindre at foreldre klarer å etablere seg som ein trygg beskyttar for barnet i fortsetjinga. Det er difor avgjerande at behandlinga inkluderer eit eksplisitt fokus på relasjonen mellom barnet og ein eller fleire omsorgspersonar. Når skremmande minne vekkast hjå små barn, treng dei omsorgspersonar si støtte med å gi mening til minna og å etablere eller gjenetablere kjensla av tryggleik og vern.

Kunnskap om utviklingspsykologi, og særleg heilt tidleg utvikling, er ein viktig del av grunnkompetansen for å forstå dei minste barna sine reaksjonar på traume. I barn si normalutvikling er ulike former for universell angst relatert til ulike utviklingstrinn, som angst for å bli forlaten, for å miste foreldre si kjærleik, for kroppslig skade og angst for å ikkje vere god nok. Spedbarn reagerer først og fremst på opplevd fare med sensorimotorisk desorganisering og forstyrning av biologisk rytme (Lieberman et al., 2015). Dei oppfattar gjennom alle sansar, og ulike sanseerfaringar kan seinare utgjere traumatiske påminningar. Frå 2-årsalderen kan barn i større grad reagere med kamp-flukt-reaksjonar, og dei kan i



CPP er ein godt etablert behandlingmetode for denne pasientgruppa i USA, medan implementering av metoden er heilt i startfasen i Noreg

aukande grad nytte språk og symbolsk leik til å aktivt prøve å forstå erfaringane sine. Ofte vil dei feiltolke årsakene til skremmande hendingar, og barn frå 2-årsalderen har ein tendens til å klandre seg sjølv når noko går gale i familien. Tidlege traume viklar seg slik inn i barnet si utvikling på komplekse måtar. Traumet er ikkje berre ting som har skjedd, men forventningar om kva som kan kome til å skje, og sannsynlege vrengebilde av eige ansvar og skuld. Slik er CPP alltid traumeinformert, sjølv om behandlinga ikkje alltid er traumefokusert.

I normalutvikling har leik og fantasi ein viktig plass i å hjelpe barnet å handtere frykt. I Selma Fraiberg si klassiske bok *The Magic Years. Understanding and handling the problems of early childhood* (1959) peiker ho på korleis barn over heile verda har ulike former for titt-tei-leik i fasen der dei strevar med separasjonsangst. Gjennom at barnet slik repeterer det det er redd for, under forhold som det kan kontrollere, hjelper barnet seg sjølv til å overkomme angsten. Leiken gir også høve for å snu ein situasjon som i røynda ville vere smertefull, til ei gledefylt erfaring.

Leik kan seiast å vere den kommunikasjonsforma som på ein rikast måte formidlar små barn sine forsøk på å skape mening frå eigne erfaringar. Førspåklege minner av traumatiske hendingar kan seinare spelast ut gjennom leik, og ein erfarer at barn kan sette ord på minne etter at dei har utvikla ekspressivt språk (Reyes & Lieberman, 2012).

FRÅ PRAKSIS

Vi har hatt høve til å jobbe med denne metoden i nokre år, og metodikken er no godt forankra i poliklinikken. Svært mange av barna vi har hatt i behandling, har vore vitne til drama-

tiske hendingar (som sjølv-mord, alvorlig vold mellom foreldre, drap eller drapsforsøk), fleire i førspråkleg alder. Andre har levd over tid med diffus omsorgssvikt, som foreldre med alvorleg psykisk sjukdom eller rusmisbruk. Vi erfarer at CPP gir oss eit solid rammeverk til å jobbe med komplekse saker. Den gir oss høve til å få fram barnet si stemme samtidig som vi jobbar med å trygge omsorgsrelasjonar. Vi ynskjer å gjere metoden kjent for norske kliniskarar og vil illustrere metoden med utgangspunkt i eit klinisk kasus. Kasus er anonymisert og er sett saman av fleire familiar vi har hatt i behandling. Terapeuten blir presentert i eg-form.

Kaia 3 år

Behandlinga startar med ein grundig *førebuingsfase*. Terapeuten brukar tid saman med omsorgspersonar til å forstå deira eiga historie og å skape felles forståing om barnet og relasjonen. Målet er å saman førebu det som møter ein i behandlingsrommet med barnet til stades. Saman startar arbeidet med felles utforskning og meiningsskaping av det barnet har erfart. Denne fasen endar i at ein formulerer *forklaringstriangelet*, der dei viktigaste traumeerfaringane vert knytt til barnet si åtferd og følelsar, og vidare til korleis behandlinga vil fokusere på desse samanhengane.

Forklaringstriangelet er med på å skape ei felles forståing med omsorgspersonen. Kunnskap om barnet si historie kan vere til hjelp for å oppdage viktige tema i barnet sin leik. Enno veit vi ikkje kva oppfatningar, minner og fantasiar barnet har.

I førebuingssfasen hadde eg samtaler med fostermor for å få mest mogleg detaljert kjennskap til Kaia sine erfaringar. Det var mykje ein ikkje visste, men det var ei kjend alvorleg hending der politi vart tilkalla etter alvorleg vald utøvd mot biologisk mor frå dåverande sambuar. Politi fann henne hardt skada, og barnet sov i same rom. Fostermor skildra at Kaia strevde med søvn og mareritt, reagerte voldsamt på høge lydar, ho viste frykt for å vere aleine og store skifte i humør. Det var som at ho var oppteken av å halde god stemning i heimen for så plutselig å skifte humør til å vere meir kontrollerande og sint, utan at dei forstod kva som påverka henne. Eg valde å invitere biologisk mor til samtale for å forstå meir omkring jenta sine erfaringar. Ho var glad for å få fortelje si

historie og formidla fortvilning over ikkje å få vere meir saman med jenta si. Biologisk mor gav også detaljerte skildringar av hendinga kor ho vart utsett for omfattande vald i rommet der Kaia sov.

Saman med fostermor gjekk eg også gjennom hennar oppveksthistorie og omsorgserfaringar, og vi reflekterte om korleis dette påverka henne i møte med Kaia. Vidare jobba vi med å skape meining mellom Kaia sine erfaringar (valds erfaringar, brå endring i omsorgsbasis og tap av omsorgspersonar) og hennar vanskar no med mareritt, varsemd for høge lydar, sterke sinneutbrot og separasjonsangst. Vi blei samde om kva som ville vere viktig å presentere for Kaia. Uttalte behandlingsmål var å legge til rette for at Kaia skulle kunne kommunisere om kva ho har erfart, at ho skulle få uttrykke og dele eit større spekter av følelsar, samt søke tryggleik og vern når ho treng det.

Når førebuingssfasen er avslutta, går ein over i *behandlingsfasen*. No blir barnet tatt inn i terapirommet. I første behandlingstime med barn og omsorgsperson introduserer ein «forklaringstriangelet» til barn og omsorgsperson saman. Ein nyttar ord, handlingar og leikemateriale som er tilpassa utviklingsalderen til barnet. Vi ynskjer at introduksjonen skal vere ein dørøpning gjennom å bringe inn tema og hendingar som ein lurar på om barnet oppfatar som unemnelege. Målet er også å gi ei byrjande forståing av at reaksjonar er meiningsfulle og forståelege, og at ein ynskjer at viktige vaksne skal forstå og passe på. Etter introduksjonen rettar vi merksemda mot kva barnet viser vidare. Nokre barn bygger straks vidare på historia på ein måte som er lett å fylgje. Andre barn kan vise meir diffuse og uklare tema gjennom åtferd eller leik, tema vi enno ikkje forstår. Det vi erfarer i rommet, og gradvis får større forståing for, nyttast for å tilpasse terapeutiske mål gjennom heile behandlingssløpet.

Kaia, fostermor og eg sit på golvet, og vi har framme dokker som representerer Kaia sin biologiske familie og fosterfamilien. Ved hjelp av dokkene illustrerer vi noko av det vi veit ho har opplevd. Vidare set vi ord på nokre av vanskanane Kaia viser her og no: at ho kan drøyme skumle draumar, at ho av og til blir så sint at ho slår, og at ho vert redd når fostermor går frå henne. Her kan vi leike og snakke om det ho har opplevd, »

og saman skal vi prøve å forstå. Fosteremor held handa si på ryggen til Kaia under forteljinga og stryk varsamt. Undervegs i forteljinga opplever eg at Kaia følgjer merksam med, samtidig som ho beveger seg rundt fosteremor. Til slutt kryp ho heilt tett inn i fanget til fosteremor, og ho tar med seg alle dokkene som representerer hennar biologiske familie.

I timane etter dette leiker Kaia ofte med dokkehuset. Eg observerer at i leiken har ho brå skifte, frå leik prega av idyll til plutselege sinneutbrot der ho kastar leikene på golvet. Eg legg også merke til at ho har rørsler der ho brått slår ut i lufta med armane sine, utan at fosteremor og eg kan skape meining ut av det eller forstå kva dette representerer. Medan eg ser på dette, slår det meg plutseleg at rørsleane ho viser, kan minne om biologisk mor si skildring av då ho kjempa mot sambuaren sin. Dette gjer meg nyfiken på om Kaia kan ha påtrengande minner frå hendinga då ho var 16 månader.

I starten har fosteremor ei haldning der ho korrigerer Kaia når ho kastar leiker, og kor ho ynskjer å roe henne ned. Eg vel her å fokusere på anerkjening av fosteremor sitt ynskje om å hjelpe Kaia til å samle seg og å behandle leiker fint. Samtidig undrar eg høgt om moglegheit for at Kaia prøver å vise oss noko viktig. Fosteremor viser gradvis større interesse og omsorg for dokkene når dei vert skada, og er nyfiken på Kaia sin repeterande aggresjon mot dei. I time 5 tar Kaia ei dokkeseng, legg ei baby-dokke oppi og trekker dyna over hovudet til dokka. Deretter tek ho to vaksne dokker og slår dei hardt mot kvarandre. Etter dette er det som at Kaia mistar muskeltonus og fell saman. Fosteremor lyfter opp Kaia og held henne fast, tett inntil seg, voggar ho og stryk henne over håret, medan ho seier at ho forstår, og ho skal passe på Kaia.

Etter dette synest leiken å få ein annan kvalitet. Kaia byrjar å leike at vaksne kan passe på og beskytte dei små når dei blir skada eller får vondt. Tema vidare omhandlar å vere glad i mammaer, og det vert mogleg å snakke om Kaia si biologiske mor, som kunne ynskje ho hadde passe betre på Kaia då ho var lita jente.

Når ein vurderer at omsorgspersonen klarer å ta imot barnet si historie og har funne nye måtar å støtte barnet på, går ein over i *avslutningsfasen*. Saman med omsorgsperson blir vi

einige om når avslutting nærmar seg, og vi introduserer avslutting for barnet i god tid. Avslutting og separasjon som tema er til stades frå første møte med familien. Avslutninga av kvar behandlingstime er ei førebuing til den endelege avslutninga, og ein tenkjer seg også at avslutningsfasen er ein modell for korleis det er mogleg å skiljast på ein føreseieleg og trygg måte, der ein kan dele og snakke om ulike følelsar. Slik legg vi til rette for nye og korrigerande emosjonelle erfaringar. Når avslutting vert introdusert for barnet, erfarer vi at barnet ofte bringer viktige tema inn igjen. Dette gjer det mogleg å få ei djupare gjennomarbeiding i lys av avslutninga. Saman med barn og omsorgsperson prøver vi også å finne gode ritual for å seie farvel.

Saman med fosteremor fortel eg Kaia at vi nærmar oss avslutting og seier noko om viktige tema ho har vist oss, og utvikling som ho og fosteremor har vore gjennom. Kaia reagerer med aukande uro og brå rørsler, som minner om dei første timane på leikerommet. Ho finn så fram korga med dei ville dyra. Ho spelar ut at ei farleg løve angrip alle i familien, dei blir kasta av garde slik at Kaia er heilt aleine tilbake. Fosteremor prøver å få bli med i leiken med figurar som skal hjelpe, men Kaia avviser dette og leiker vidare at Kaia er sterk og overvinn løva aleine. Fosteremor byrjar då å sette ord på at kaia-dokka trur den må klare seg heilt aleine, og at ingen kan hjelpe. Det blei slik ei ny moglegheit til å erfare korleis Kaia kan ha opplevd å vere aleine og utan vern ved fare, og den djupe frykta ho ber med seg om å bli forlaten ein gong til.

DRØFTING

Som med Kaia blir vi i møte med små barn stadig overraska over kva dei er i stand til å formidle når vi legg til rette for det. Kaia viste i leiken minne frå tida då ho var 16 månadar gamal. Dette var minne ingen hadde snakka med ho om, og som ho no kunne søkje trøyst for. Ved å kartleggje grundig kva barnet har med av erfaringar, set terapeuten seg i stand til betre å forstå det barnet viser i leik. Dersom biologisk mor ikkje hadde fått høve til å fortelje detaljane kring viktige hendingar, ville det vore vanskelegare å skape meining for terapeut og fosteremor. Å oppleve desse augneblinkane saman med barn og omsorgsperson er gripande, og

vi opplever dei som skilsetjande og heilande for dyaden. Omsorgsperson får ei djup erkjenning av barnet si oppleving, noko som kan vekkje nye intuitive omsorgskvalitetar, som igjen kan sette omsorgspersonen i stand til å beskytte barnet i framtida. I denne kasespresentasjonen var fostermor og biologisk mor dei involverte omsorgspersonane, i andre saker har fedrar ei større rolle i behandlingsprosessen. CPP opnar for at det også er mogleg å jobbe dyadisk og terapeutisk med ein omsorgsperson som sjølv har utøvd vald.

Barn har trong til å repetere angstfulle tema som del av gjennomarbeiding. Det er ikkje alltid leiken er tydeleg knytt til spesifikke hendingar. Barn leiker ofte ut tema og kjensletilstandar framfor ei lineær forteljing av kva som har skjedd. Ofte kan det at viktige vaksne blir i stand til å kjenne dei kjenslene barnet formidlar gjennom leik og åtferd, vere viktigare enn å forstå meir kognitivt. Ved at fostermor fekk vere vitne til Kaia si formidling av korleis ho erfarte historia si, og at fostermor viste aksept for kjenslene ho hadde, fekk Kaia erfare aksept for djupe kjensle knytt til angst og frykt. I CPP har ein mål om å gi rom for sterke kjensler for å forstå før ein regulerer dei ned. Grunnhaldninga er at barnet treng å få validert og uttrykt si indre verd, med alle kjensler som er knytt til dette, også når det er negative og aggressive uttrykk barnet viser. Ved å bli forstått og møtt på dette frå den som skal verne om barnet, kan nye måtar å forstå og ta hand om dei vanskelege kjenslene på, vekse fram.

Ei grunnhaldning i CPP er at terapeuten ber med seg medvit om familien sin kulturelle og historiske bakgrunn (til dømes historiske traume), også om viktige personar i barnet sitt liv som ikkje tek del i behandlinga (Gosh Ippen,

2019). Dette inkluderer å ha ei respektfull haldning til dei som ikkje lenger er ein del av barnet sitt kvardagsliv, og ei erkjenning av spekteret i kjensler barna kan ha til desse. Samarbeid både med andre viktige personar i barnet sitt liv og med andre instansar er ein viktig del av arbeidet for å skape tryggleik rundt barnet og familien. Kaia hadde med seg biologiske foreldre opp i fanget til fostermor i første time. Vi undrar om Kaia nytta godt av at ho fekk lov å nemne mor og kunne uttrykke spekteret av kjensler knytt til mor. Ved at ho fekk kjennskap til at biologisk mor var glad i ho og sakna ho, kunne ho samtidig oppleve seg som ein elskeleg person andre bryr seg om, og at fostermor toler at ho er glad i fleire mødrer.

Som nemnt nyttast omgrepet *inngangsportar* om terapeutiske moglegheiter og val som til kvar tid oppstår i terapirommet. Til grunn for alle val ligg ei terapeutisk grunnhaldning der ein tillegg velmeinande intensjonar bak omsorgspersonen sine handlingar. Med Kaia viste fostermor ei trong til å stoppe Kaia når ho kasta leiker, og til å roe henne ned. Dette er noko ein ofte ser i behandlinga, at forelderen ynskjer å lære barnet god oppførsel samtidig som barnet viser viktige erfaringar i leiken. Med å ha ei velmeinande forståing av fostermor sin intensjon bak handlinga kan terapeuten anerkjenne at fostermor ynskjer å lære barnet noko viktig, og samtidig opne for at barnet viser noko viktig i leiken.

Ei anna terapeutisk grunnhaldning er å anta at barnet sin leik og åtferd er meningsberande. Med Kaia verka det som at når fostermor forstod leiken si betydning, og at ho anerkjente kjensla Kaia viste, kunne Kaia stadig komme djupare i å opne opp for minna ho hadde. Dette gjorde det også mogleg for terapeuten å rette fokus mot Kaia sine uttrykk. Det var som at fostermor no var med i «båten» og dei saman utforska Kaia sine uttrykk og minne. I arbeid med biologiske foreldre er dette ofte eit større arbeid, då barnet si historie og symptom også kan utgjere traume-triggarar for forelderen i rommet. Dersom det var Kaia si biologiske mor vi jobba med, ville det vere enda meir avgjerande å ha god kjennskap til mor si historie og reaksjonar. Dette gir høve til betre å kunne forstå mor sine reaksjonar inne i rommet, og til å støtte henne i å skilje eigne reaksjonar og behov frå barnet sine.



Dess mindre tidlege omsorgserfaringar er bevisst erkjent og forankra i kjenslelivet, jo meir står ein i fare for å repetere dei



Val av *inngangsportar* vil også påverkast av kor ein er i behandlingsprosessen. I første del av behandlinga rettar ein ofte fokus mot forelderen, då det er naudsynt at dei er med i forståinga og kan ta imot det barnet viser. Gjennom heile behandlingsløpet er det viktig å vere merksam på relasjonell kontakt, til dømes når Kaia søker fostermors fang medan ho ber med seg dokkene som representerer biologiske foreldre. Målet med behandlinga er at relasjonen skal kunne bere historia vidare. Difor er relasjonen og forelderen si forståing naudsynt for å kunne hjelpe barnet. I *avslutningsfasen* fekk Kaia høve til å på nytt vise si frykt for at viktige menneske forsvinn og at ingen kan hjelpe. I denne delen av behandlinga hadde fostermor no ei djupare emosjonell kontakt med Kaia si frykt og ga støtte. Slik vart det mogleg å i enda større grad legge til rette for anerkjenning og gjennomarbeiding av trauma.

Det er ikkje lett å fange alle moglegheiter idet dei oppstår. Kaia viste fleire gongar og over fleire timar aggresjon i leiken, før vi vaksne klarte å ta den inn over oss. I CPP tenker vi at barn vil repetere viktige tema, med ynskje om å bli forstått. Alicia Lieberman kallar desse *inngangsportane* for bussar; dei sentrale tema vil kome tilbake, og ved å reflektere over viktige tema aukar vi sjansen for å få med oss neste buss.

SAMANFATTING

Vår kliniske erfaring er at CPP gir oss eit rammeverk som er tydeleg nok til å finne vegen i overveldande og dels kaotiske saker, og samtidig opent og fleksibelt nok til at kvar terapeut kan finne sine eigne menneskelege og faglege ressursar på vegen saman med familien. Det er ein heilskapleg metode som vektlegg at vi som terapeut har eit ansvar for å sjå heile livssituasjonen barnet er del av.



CPP er ei vidareutvikling av denne tradisjonen som var forankra i psykoanalytisk teori og utviklingspsykologi

I CPP er ein opptatt av å hjelpe barn og omsorgsperson til å leike saman. Leiken kan samskape både traumenarrativ og narrativ om vern. Dette kan gjere det mogleg å sette ord på det som til no har vore usnakkeleg, som er eit av kjerne måla i CPP. I CPP jobbar ein med relasjonen framfor å jobbe med rettleiing til foreldre eller direkte med barnet utan forelderen til stades. Ved at terapeuten får kjenne på dynamikk og kraft i relasjonen, får ein djupare og meir direkte kunnskap om tematikk som påverkar samspelet negativt. Ved å kjenne til omsorgspersonen si eiga oppveksthistorie kan ein lettare forstå og kjenne omsorg for strev som den vaksne viser i møte med barnet sine traume. Vi opplever at denne grunnleggjande forståinga for forelderen gir moglegheiter for – saman med forelderen – å utforske nye vegval. Målet er heile tida at forelderen skal settast i stand til sjølv å nytte prinsipp frå behandlinga. Det gir håp om at relasjonen skal kunne bere endringa vidare også i møte med nye utfordringar og belastningar i livet. ✖

REFERANSELISTE

- Fraiberg, S. (red.). (1980). *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. New York: Basic Books.
- Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Child & Adolescent Psychiatry, 14*, 387–421.
- Fraiberg, S. H., (1959). *The Magic Years. Understanding and handling the problems of early childhood*. Oxford, England: Charles Scribners' Sons.
- Gosh Ippen, C., Harris, W. W., Van Horn, P. & Lieberman, A. F. (2011). Traumatic and Stressfull Events in Early Childhood: Can Treatment Help those at Highest Risk? *Child Abuse and Neglect, 35*, 504–513.
- Gosh Ippen, C. M. (2019). Wounds from the past: Integrating Historical Trauma into a Multicultural Infant Mental Health Framework. I C. H. jr. Zeanah (red.), *Handbook of infant mental health* (4. utg.). New York: Guilford Press.
- Guild, D.J., Toth, S.L., Handley, E.D., Rogosch, F.A. & Cicchetti, D. (2017). Attachment security mediates the longitudinal association between child-parent psychotherapy and peer relations for toddlers of depressed mothers. *Development and Psychopathology, 29*, 587–600.

- Lieberman, A. F., Gosh Ippen, C. & Van Horn, P. J. (2006). Child-Parent Psychotherapy: 6 month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 913–918.
- Lieberman, A. F., Gosh Ippen, C. & Van Horn, P. (2015). *Don't hit my mommy! A manual for child-parent psychotherapy with young children exposed to violence and other trauma* (2. utg.). Washington DC: Zero to Three Press.
- Lieberman, A. F. & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and Young Children. Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: Guilford Press.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P. J. & Gosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 1241–1248.
- Reyes, V. & Lieberman, A. (2012). Child-Parent Psychotherapy and Traumatic Exposure to Violence. *Zero to Three*, 7, 20–25.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Sjøvold, M. S. & Furuholmen, K. G. (2020). *De minste barnas stemme. Utredning og tiltak for risikoutsatte sped- og småbarn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Toth, S. L., Rogosch, F. A., Manly, J. T. & Cicchetti, D. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1006–1016.



FORSKNINGSNOTIS

Usynlige arr etter emosjonelle traumer

Vonde opplevelser og mishandling i barndommen øker risikoen for en rekke typer psykiske lidelser, inkludert posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Denne koblingen er etablert i forskningslitteraturen, og er spesielt utforsket ved fysisk og seksuelt misbruk i barndommen. Imidlertid er effektene av emosjonelt misbruk mindre studert i litteraturen, selv om denne typen mishandling ser ut til å være hyppig forekommende. I en nylig publisert studie i *BMC Psychiatry* har forskere samlet data fra et ikke-klinisk utvalg, der resultatene viser at emosjonelt misbruk i barndommen var den formen for misbruk som var assosiert med de høyeste forekomstene av nye overgrep og alvorlighetsgraden av PTSD-symptomer. Denne forskningen, ledet av Gama og kolleger, peker på den allerede etablerte forbindelsen mellom tidlig misbruk og de langvarige konsekvensene dette har på mental helse. Videre retter de søkelyset mot viktigheten av å inkludere emosjonelt misbruk i denne ligningen, som de fant som svært prevalert, understudert og like viktig som andre typer fysisk og seksuelt misbruk.

REFERANSE

Gama, C.M.F., Portugal, L.C.L., Gonçalves, R.M., de Souza Junior, S., Vilete, L.M.P., Mendlowicz, M.V., Figueira, I., Volchan, E., David, I.A., Oliveira, L.D. & Pereira, M.G. (2021). The invisible scars of emotional abuse: a common and highly harmful form of childhood maltreatment. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-14.

FOTO: STIAN SØRHEIM ESPEVOLL



MARIA LØVVIK NORHEIM er leder for Fagetisk råd i Norsk psykologforening og spesialist i barne- og ungdomspsykologi. Hun er en av flere som svarer på fagetiske spørsmål fra leserne våre.

Er fjerndiagnostisering et sidespor eller nødvendig folkeopplysning?

De siste fire årene har verdens øyne vært rettet mot amerikansk politikk og samfunnsliv. For psykologer har interessen muligens vært mer faglig enn politisk. Flere amerikanske psykologer har tatt et tilsynelatende veloverveid steg til siden fra etablert praksis og ment at de nettopp av fagetiske årsaker må varsle om en president de mener har en bekymringsfull fungering. Overgangen til ny politisk ledelse og presidentens motstand mot å akseptere valgresultatet ga på ny fart i debatten om fjerndiagnostisering. Det skjedde også her i Norge, hvor psykiatere og psykologer kom på banen. Rådet for legeetikk rykket ut og fastslo at fjerndiagnostikk alltid er et overtramp.

Jeg var overrasket. Ikke så mye over konklusjonen – det er en grei hovedregel å vurdere folks psykiske helse og fungering etter informert samtykke og innenfor tydelige rammer. Men jeg var likevel overrasket over at våre kolleger ikke benyttet muligheten som lå der til økt fagetisk bevissthet gjennom refleksjon og drøfting av et tema som opptar mange. Hvordan utvikler vi fagetikken dersom vi blir mer opptatt av kategorisk rett og galt og mindre

opptatt av å forstå et dilemma som for noen psykologer blir så stort at de går imot det som er etablert praksis?

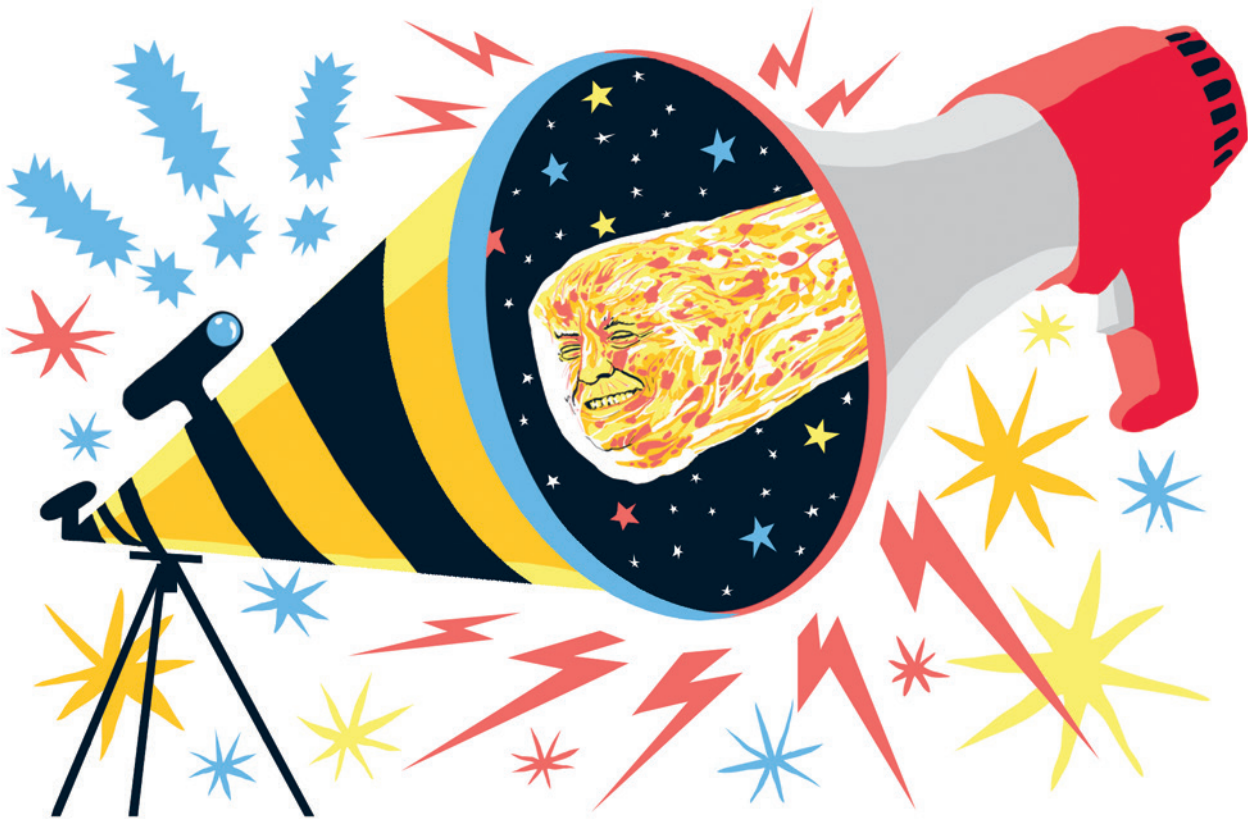
Begrepet fjerndiagnostikk er i beste fall upresist og benyttes ulikt i forskjellige sammenhenger. Det er langt mellom det å bruke psykologfaglig kunnskap til å påpeke forhold ved et lederskap som vekker bekymring, og det å fastslå at noen en aldri har møtt, har en spesifikk psykisk lidelse. En utfordring kan være at psykologers mest kjente rolle er som behandler. Når vi uttaler oss om psykologiske fenomener, kan det bli forstått som en slags vurdering av helsemessige forhold, selv om det kanskje ikke var ment slik. Grenseoppgangene blir ikke tydeligere av at mange av ordene vi bruker for å beskrive fenomener, kan finnes igjen i diagnosemanualer og fagspråk. Eller av at enkelte diagnostiske begreper er blitt en del av dagligtalen.

PSYKOLOGENS SAMFUNNSANSVAR

En debatt om såkalt fjerndiagnostisering kan ikke kun ta utgangspunkt i psykologen som terapeut, men må også romme en forståelse av

FAGETISKE SPØRSMÅL?

Send dem til etikk@psykologtidsskriftet.no



psykologers samfunnsansvar. Den siste tiden har flere psykologer vært seg dette ansvaret bevisst og har tatt til orde for å formidle sin bekymring rundt konsekvensene av en pågående katastrofe: pandemien. Skal fagetikken gjøre at psykologer avstår fra å påpeke tilsvarende bekymringer dersom katastrofene forårsakes av enkeltpersoner? Er det virkelig slik at samfunnet vil at geologer skal varsle om muligheten for leirskred, men at psykologer eller psykiatere ikke skal varsle om faren for at en som holder «fingeren på atomknappen», kanskje ikke er i stand til å forvalte sitt ansvar? Er det i så fall etisk forsvarlig av fagpersoner å innordne seg en slik forventning?

I denne sammenhengen er intensjonen bak deltakelse i debatten viktig. I eksempelet med den amerikanske presidenten er det ikke omsorg for hans mentale helse som er motivasjonen for debatten, men heller et ønske om å advare mot skadelig ledelse av en nasjon og konsekvenser det kan ha for verdenssamfunnet. Da er det samtidig verdt å ta med seg at det er stor politisk uenighet om hva som faktisk er skadelig for verdenssamfunnet. Det er

en klar risiko for at vi kan komme til å «fjern-diagnostisere» ledere vi er uenige med eller ikke liker, og unnlate å varsle om dem vi liker og er enige med. Det er også en risiko for at slik varsling kan bli oppfattet politisk uten å være det.

Selvfølgelig er det gode grunner til å tenke seg godt om før en begir seg ut i en offentlig debatt og stiller spørsmål ved en persons psykiske helse og fungering. Jeg regner med at mange vil lure på hvor grensen skal gå. Er det kun statsledere vi skal mene noe om, eller går grensen i lokalpolitikken et sted? Er det bare politikere og folk med formell makt vi skal mene noe om, eller gjelder det samme influensere og andre med stor påvirkningskraft? Hva skjer med folks tillit til psykologer hvis vi bruker fjerndiagnostikk som våpen i offentlig debatt? Dilemmaene er mange, men at vi som er eksperter på menneskelig atferd, uansett skal holde munn om hvordan mennesker i viktige posisjoner påvirker samfunnet vårt, er for lettvtint og kategorisk. Som i alle fagetiske dilemma, kreves en ordentlig vurdering i hvert enkelt tilfelle. ✕

”

Når vi uttaler oss om psykologiske fenomener, kan det bli forstått som en slags vurdering av helsemessige forhold, selv om det kanskje ikke var ment slik

Spesialiserte team for spiseforstyrrelser

Det er utfordrende å gi god helsehjelp til lavprevalente pasientgrupper. Helse Bergen har undersøkt hvordan de kan bedre tilbudet sitt til pasienter med spiseforstyrrelser.

TEKST Liv Kleve¹,
Stein Frostad²,
Karl Ove Hufthammer³
og Irene Elgen⁴

KONTAKT
liv.kleve@
helse-bergen.no

ANOREXIA NERVOSA (AN) er fremdeles en av de vanskeligste psykiske lidelsene å behandle, med svake behandlingsresultater og høy dødsrate (Scarborough, 2018). De siste 20 årene er tilsynelatende lovende metoder blitt utviklet. Hvordan man skal implementere nye behandlingsmetoder, har fått økende oppmerksomhet (Scarborough, 2018).

Familiebasert terapi (FBT) har vist positive resultater for AN blant ungdom og anbefales i dag som førstevalg i poliklinisk behandling (Helsedirektoratet, 2017; National Guideline Alliance, 2017). Recovery rate varierer, med beste utfall på rundt 50–60 % ved seks- og tolv måneders oppfølging (Lock et al., 2010; Murray et al., 2019). Ved intense foreldrekonflikter kan imidlertid FBT være kontraindisert. Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-S) kan være en alternativ behandling dersom pasienten kan nyttiggjøre seg individuell terapi (Dalle Grave et al., 2013; National Guideline Alliance, 2017). KAT-S viser også lovende resultater for bulimia nervosa (BN) (National Guideline Alliance, 2017).

Spiseforstyrrelser er imidlertid lavprevalente, med en prevalens på 0,5 % til 1 % (Smink et al., 2012; Le Grange et al., 2015). Organiseringen av tilbud til lavprevalente pasientgrupper utfordres av behov for mengdetrening for å vedlikeholde kompetansen (Ericsson, 2006; Baker et al., 2010). Etablering av separate avdelinger for spiseforstyrrelser kan være en måte å organisere tjenesten på (Fairburn et al., 2013; Frostad et al., 2018). En annen måte er det å opprette mindre spesialteam. Det er mulig at en slik løsning kan bidra til tidlig intervensjon og mer fleksi-

ble pasientforløp (Carter et al., 2012; Royal College of Psychiatrists, 2019; Scarborough, 2018). Enkelte studier rapporterer fordeler knyttet til spesialteam målt i pasientutfall, antall sykehusinnleggelses og turnover blant ansatte (Fenner & Kleve, 2014; Garety et al., 2006; Mickan, 2005).

Faglige retningslinjer er tydelige i sine anbefalinger om bruk av evidensbaserte metoder, EBM (Helsedirektoratet, 2017; National Guideline Alliance, 2017). Imidlertid mangler vi kunnskaper om hvordan en skal organisere tjenester for lavprevalente pasientgrupper på en mest mulig hensiktsmessig måte. Implementering av evidensbasert eller ny kunnskap på behandlingsstedene kan også være utfordrende (Scarborough, 2018).

Bakgrunn

Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Helse Bergen (PBU HB) består av syv poliklinikker (BUP-er), en ambulant seksjon, en spesialpoliklinikk (autisme, nevro) og tre sykehusposter. Klinikken mottar cirka 3000 nye henvisninger per år. I en evaluering av klinikken i 2012 kom det frem at det var behov for å bedre tilbudene til lavprevalente pasientgrupper (Holst et al., 2012).

En arbeidsgruppe ble nedsatt i 2013 og besto av ledere og behandlere der mandatet var å identifisere evidensbaserte tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser. Aktuelle evidensbaserte metoder, EBM, ble identifisert ved å gjennomgå oppsummert forskning samt relevante nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer (American Psychiatric Association, 2006; National Collaboration Centre for

¹ Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Haukeland universitetssjukehus, ² Forskningsavdelingen, Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus, ³ Kompetansesenter for klinisk forskning, Haukeland universitetssjukehus, ⁴ Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen

Mental Health, 2004; Statens helsetilsyn, 2000). Videre kom arbeidsgruppen med forslag til en kompetansehevingsplan for opplæring i FBT og KAT-S.

Behandlere i spesialteamene ble invitert til kompetanseheving i både FBT og KAT-S. Videre ble behandlere fra sengeposter samt ledere invitert til å delta i den teoretiske delen av kompetansehevingen for å oppnå forståelse av metodene på tvers av klinikken. Tjuetre behandlere ble opplært i FBT og elleve i KAT-S. Kompetansehevingen ble organisert av den regionale avdelingen for spiseforstyrrelser i Helse Vest, med midler fra Helse Vest RHF.

I neste trinn i kvalitetsforbedringsarbeidet ble arbeidsgruppen utfordret til å utvikle en plan for *organisering* av tilbudet samt *implementering* av evidensbaserte metoder for spiseforstyrrelser. Arbeidet startet opp i 2014.

For å evaluere implementeringen av de innførte metodene ble følgende kartlagt i løpet av perioden 2014 til 2017:

- 1) Antall behandlere som gjennomførte kompetanseheving i EBM.
- 2) Det årlige antall pasienter som ble tilbudt EBM.
- 3) Effekt av tilbudt behandling for AN. Pasientdata inklusiv høyde og vekt før og etter behandling, komorbide tilstander, frafallsrate og behandlingstidslengde.

I forbindelse med at en utarbeidet en anbefaling for hvordan en skal organisere behandlingstilbud for denne pasientpopulasjonen, undersøkte arbeidsgruppen det årlige antallet pasienter i klinikken diagnostisert med spiseforstyrrelser, samt muligheten for å utvikle nødvendig klinisk ekspertise opp mot geografisk spredningen av pasienter.

Statistisk analyse

Antall behandlere som deltok i opplæring, ble formidlet av det aktuelle opplæringscenter. Årlig antall pasienter som ble tilbudt behandling med EBM, ble identifisert gjennom internrevisjon i journalsystem.

Vedrørende effekt av FBT er deskriptive resultater presentert som frekvens-/krystabeller, med standardavvik som mål på variasjon. Det var noe (ikke-monotont) frafall i studien, som kan føre til skjeve estimat av gjennomsnittlig kroppsvekt. For å redusere denne skjevheten har vi estimert gjennomsnittlig vekt ved hvert tidspunkt med en longitudinell regresjonsmodell. Tid er brukt som kategorisk forklaringsvariabel, og residualene er modellert med en ustrukturert kovariansmatrise. Modellen bruker korrelasjonen mellom kroppsvekt på ulike tidspunkt for å gi mer forventningsrette og presise estimat av den gjennomsnittlige kroppsvekten. Vi angir også faktisk antall observasjoner vi har for hvert tidspunkt. Programvarepakkene SPSS versjon 24.0 og R versjon 3.6.0 (R Core Team, 2019) ble brukt til de statistiske analysene.

Etisk godkjenning og samtykke

Prosjektet er en del av et kvalitetsforbedringsprosjekt ved Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen og ble godkjent av personvernombudet ved sjukehuset (no. 2018/9726). Prosjektprotokollen ble lagt frem for REK og unntatt fra gjennomgang, da prosjektet ble klassifisert som et kvalitetsforbedringsprosjekt (REK Helse Vest A 2019/ 28936).



Familiebasert terapi har vist positive resultater for anorexia nervosa blant ungdom, men kan være kontraindisert ved intense foreldrekonflikter





Organiseringen av tilbud til lavprevalente pasientgrupper utfordres av behov for mengdetrening

RESULTAT

Organisering av tilbud

For hver av de syv BUP-ene ble det identifisert færre enn fem pasienter med spiseforstyrrelser per år. Dette begrenset behandlernes muligheter til å opparbeide tilstrekkelig mengdetrening og med det ekspertise. Arbeidsgruppen foreslo å organisere tilbudet for spiseforstyrrelse i tre spesialteam med tilbud om FBT og KAT-S på tvers av alle syv BUP-ene. Hvert spesialteam skulle plasseres i en BUP for å legge til rette for fleksibilitet og kommunikasjon mellom tjenestenivåer. For å sikre vedlikehold av kompetansen ble det anbefalt at hvert team ikke skulle bestå av færre enn tre behandlere.

For å opprettholde lik praksis i de tre spesialteamene ble det utviklet en «faglig standard» basert på anbefalinger i internasjonale og norske faglige retningslinjer. Denne beskriver blant annet anbefalt utredning, diagnostikk og behandlingsmetoder. FBT ble identifisert som første metodevalg for AN. Det ble foreslått å ha tilgang til en sekundær metode med KAT-S for AN for pasienter som av ulike grunner ikke kunne nyttiggjøre seg FBT.

På bakgrunn av disse anbefalingene fra arbeidsgruppen ble det utviklet et pasientforløp med fordeling av oppgaver og ansvar mellom poliklinikk, spesialteam og sykehusposter. Regelmessige nettverkssamlinger med tanke på å sikre kollegaveiledning og dialog på tvers av teamene ble også etablert.

Implementering og effekt av EBM

I løpet av fireårsperioden ble alle som startet helsehjelp for spiseforstyrrelser (119 barn og unge med anoreksi (AN), bulimi (BN) og annen spiseforstyrrelse), inkludert i evalueringen.

Kvinner utgjorde den største andelen, $n = 106$ (89 %). Gjennomsnittsalder ved start av behandling var 15.0 år (SD: 1.6). Trettitre (39 %) hadde tilleggsdiagnoser. BMI ved start var 16.1 (SD: 2.0). Behandlingsvarighet var gjennomsnittlig 1.3 år (SD: 0.8 år). Her blir kun funnene fra pasientene med AN ($n = 84/119$, 71 %) presentert.

Måloppnåelse med implementering av familiebasert behandling (FBT) og kognitiv atferdsterapi (KAT-S) for anorexia nervosa over en fireårsperiode ble kartlagt, det vil si i hvilken grad barn og unge ble tilbudt behandling med EBM. For de 84 pasientene med AN ble 75 (89 %) vurdert for EBM, herav fikk 69 (82 %) tilbud om enten FBT eller KAT-S. Blant de 50 (60 %) som fikk tilbudt FBT, av slo 10 (12 %), og 28/40 (70 %) fullførte. For KAT-S av slo ingen, og 13/19 (68 %) fullførte. Seks pasienter hadde komorbide tilstander som måtte håndteres før oppstart av EBM.

Sytti prosent av pasientene som startet FBT, fullførte programmet. Endring i vekt for de 28 AN-pasientene som gjennomførte FBT, er vist i figur 1. Grunnet mangelfull registrering av høyde ved ulike behandlingstidspunkt ble det bestemt å kun rapportere vektresultater.

DISKUSJON

Dette kvalitetsforbedrende prosjektet beskriver utvikling av et evidensbasert tilbud til barn og unge med spiseforstyrrelser i en stor klinikk. Med utgangspunkt i manglende evidensbaserte tilbud for pasienter med spiseforstyrrelser ble det utarbeidet en klinisk standard, et opplæringsprogram og tre spesialteam. Tydelig oppgavefordeling tilrettela for fleksibilitet i pasientforløpet. Med unntak av opplæringsprogrammet ble all utvikling utført innen eksisterende budsjettamme.

Begrunnelsen for antall behandlere i hvert spesialteam var behovet for et bærekraftig tilbud samt kollegastøtte i utfordrende saker. Organisering av spesialteam i tre av syv poliklinikker hadde imidlertid potensial for å generere ulik praksis på tvers av klinikken. Resultatene viser imidlertid at de fleste pasientene ble vurdert for EBM, noe som tyder på at løsningen med spesialteam fungerer.

Ved gjennomgang av pasientsakene fant vi kun ni pasienter (11 %) som kunne vært aktuelle for EBM, men som likevel ikke ble tilbudt dette. Således oppfatter vi at implementering av EBM for denne lavprevalente gruppen synes å være vellykket. Behandlingstid og vektøkning er også i tråd med resultater fra andre studier (Fenner & Kleve, 2014; Lock & Le Grange, 2019). At behandlere ikke alltid registrerte høyde i løpet av behandlingstiden, viser at det er behov for å fokusere mer på kvalitetssikring. Nettverksmøter for spesialteamene ser ut til å ha en viktig rolle for vedlikehold av kompetansen.

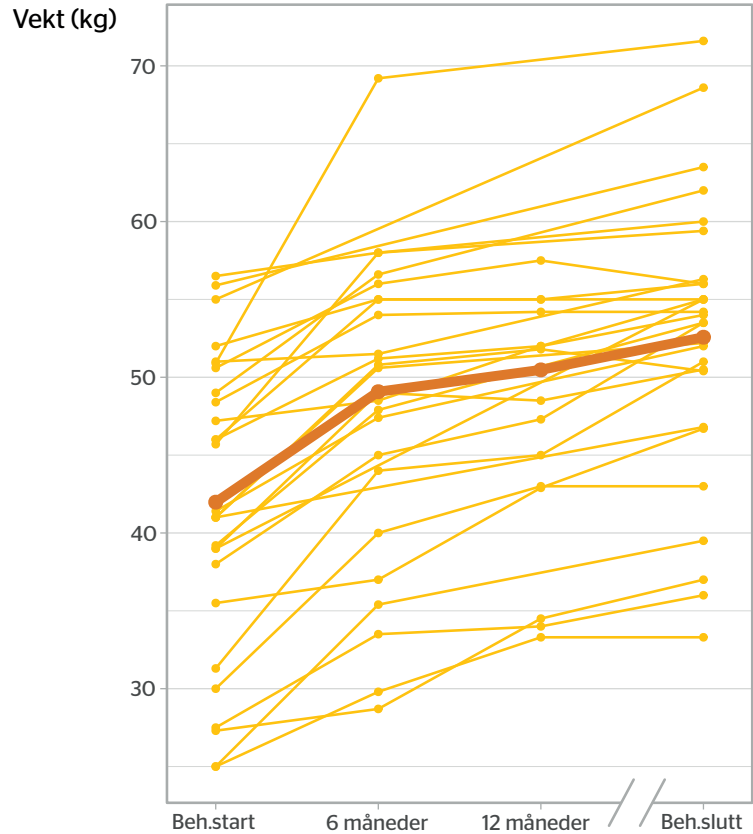
Dette prosjektet ble gjennomført med lave kostnader, enkel kvalitetsforbedringsmetodikk og i vanlig klinisk praksis. Resultatene vedrørende behandlingseffekt er basert på vektutvikling, som er ansett som det viktigste målet på behandlingseffekt. Fremover er det imidlertid behov for flere data, for eksempel å inkludere pasientenes høyde (cm). Dette vil sikre mer reliable data på effekt av behandling og vil gi større mulighet til å sammenlikne effekten av FBT og KAT-S. Systematisk kartlegging av pasientperspektiv og informasjon om brukertilfredshet, inklusiv pasient-, familie- og ansattperspektiv, vil også styrke evalueringen og vil kunne bidra til videre utvikling av tilbudet.

KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE

Beskrivelse av systematisk implementering av EBM og utvikling av spesialteam er av interesse i en tid der kravet om EBM er tydelig, men kunnskap om implementering fremdeles er mangelfull. Videre er det viktig å sikre at organiseringen av tilbudet gir gode behandlingsresultater.

Innføring av spesialteam i generell poliklinikk fremstår så langt lovende i å sikre tidlig og evidensbasert oppfølging samt fleksible pasientforløp for barn og ungdom med spiseforstyrrelser.

For å videreutvikle tilbudet er neste steg å samle inn mer omfattende og reliabel informa-



FIGUR 1 Kroppsvekt før, under og etter familiebasert behandling, FBT ($n = 28$). Veiing ble utført av alle 28 ved oppstart FBT, ved 6, 12 og 15 måneder, samt ved behandlingsslutt. Den tykke linjen viser estimat av gjennomsnittsvekt for hvert måletidspunkt.

sjon om pasientutfall, inklusiv pre-, post- og oppfølgingsdata samt bruker- og medarbeiderrapporter. I tillegg er det behov for å se nærmere på gruppen pasienter som ikke responderer på nåværende tilbud. I skrivende stund legges det grunnlag for en større datainnsamling på tvers av hele Helse Vest. ✖

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2006). Treatment of patients with eating disorders, third edition. *American Journal of Psychiatry*, 163(7 Suppl), 4–54. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16925191>
- Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S. & Robertson, N. (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD005470. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub2> »

- Carter, O., Pannekoek, L., Fursland, A., Allen, K. L., Lampard, A. M. & Byrne, S. M. (2012). Increased wait-list time predicts dropout from outpatient enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7–8), 487–492. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.03.003>
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A. & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R9–R12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008>
- Ericsson, K. (2006). The Influence of Experience and Deliberate Practice on the Development of Superior Expert Performance. I K. Anders Ericsson, N. Charness, R. Hoffman & P. Feltovic (red.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance* (s. 685–707). Cambridge university press
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L. & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R2–8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.010>
- Fenner, M. & Kleve, L. (2014). Innovations in Practice: An evaluation of a CAMHS outpatient service for adolescent eating disorders. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(1), 64–68. <https://doi.org/10.1111/camh.12014>
- Frostad, S., Danielsen, Y. S., Rekkedal, G. Å., Jevne, C., Dalle Grave, R., Rø, Ø. & Kessler, U. (2018). Implementation of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for adults with anorexia nervosa in an outpatient eating-disorder unit at a public hospital. *Journal of Eating Disorders*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0198-y>
- Garety, P. A., Craig, T. K., Dunn, G., Fornells-Ambrojo, M., Colbert, S., Rahaman, N., Read, J. & Power, P. (2006). Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 37–45. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007286>
- Helsedirektoratet. (2017). *Spiseforstyrrelser – Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Holst, G., Sætre, L., & Sunde, I. (2012). Evaluering av PBUs organisasjonsmodell. *Intern rapport*. Kan sendes på forespørsel.
- Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. W., & Jo, B. (2015). Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(11), 886–894 e882. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008>
- Lock, J., & Le Grange, D. (2019). Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 481–487. <https://doi.org/10.1002/eat.22980>
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025–1032. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128>
- Mickan, S. M. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 29(2), 211–217. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15865572>
- Murray, S. B., Quintana, D. S., Loeb, K. L., Griffiths, S., & Le Grange, D. (2019). Treatment outcomes for anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 49(4), 535–544. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002088>
- National Collaboration Centre for Mental Health. (2004). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders (NICE Guidelines)*. .
- National Guideline Alliance. (2017). *Eating Disorders: recognition and treatment* <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- R Core Team. (2019). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <http://www.R-project.org>
- Royal College of Psychiatrists. (2019). *Position statement on early intervention for eating disorders* https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps03_19.pdf?sfvrsn=b1283556_2
- Scarborough, J. (2018). Family-Based Therapy for Pediatric Anorexia Nervosa. *The Family Journal*, 26(1), 90–98. <https://doi.org/10.1177/1066480717754280>
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Statens helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser: retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Statens helsetilsyn.

Epistemisk tillit er et tvilsomt begrep

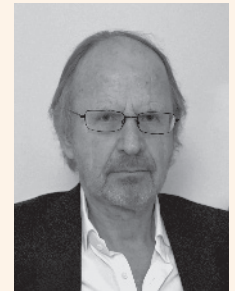
KRISTIN ALVE GLAD har en fin beskrivelse (i Psykologtidsskriftet nr. 2, 2021) av sin klient Elise som «både forventet og fryktet at andre ville bli svært sinte på eller skuffet over henne dersom hun gjorde noe feil». Temaet spilte seg ut i overføringen, og Glad diskuterer hvorfor Elise har så vanskelig for å lære av erfaring (ettersom det stort sett er slik at folk *ikke* har vært sinte eller skuffet). Glad finner Peter Fonagys begrep om epistemisk tillit/mistillit nyttig i denne sammenheng. Hun konkluderer med at klient Elise lider av epistemisk mistillit – derfor lærer hun ikke av erfaring.

Men er dette begrepet om epistemisk tillit så nyttig? Hva har man egentlig sagt med det? Og på hvilken måte er det hjelpsomt i praktisk psykoterapi? Mer tilspisset: Er det forankret i sunn vitenskap? Og kan det tvert om virke tilslørende? Kan det faktisk være et teoretisk tilbakeskritt? I det følgende vil jeg kort diskutere disse spørsmålene. Mot slutten kommer jeg tilbake til terapien med klient E. For lesere som er interessert i en litt bredere diskusjon om dette temaet, henviser jeg til boken *Mentaliseringsbasert terapi (MBT)* (Karterud, Folmo & Kongerslev, 2020, s. 209–214) og til et videoptak av et møte på Litteraturhuset (Institutt for Mentalisering, 2019).

Det er Peter Fonagy som er hovedarkitekten bak begrepet epistemisk tillit. Det har blitt svært populært. Et Google-søk gir cirka 2,7 millioner treff, mens et søk på det gamle begrepet «basic trust» gir 1,8 millioner treff. Fonagy har altså for lengst gått forbi Erik Erikson (1950/1993) som i sin tid lanserte «basic trust», et begrep som er godt plantet i psykoanalyse, tilknytningsteori og sosialpsykologi. I vår tid er «alle» enige i at grunnleggende tillit er viktig for individers mentale helse, for familier og samfunnet. I tillegg vil de fleste være enige i den ganske banale

påstanden om at grunnleggende tillit fremmer læring. Du vil ha større tilbøyelighet til å akseptere og ta til deg kunnskap fra personer du stoler på, fremfor personer du ikke stoler på. Dette gjelder også for institusjoner. Derfor er det viktig at universiteter, skoler og lærere er til å stole på. Dersom man er kronisk mistenksom, vil det hemme læring. Fonagy og medarbeidere har fremhevet at slik kronisk mistenksomhet er et kjennetegn ved (mange) personlighetsforstyrrelser, og at deres (sosiale) læring vil hemmes av dette. Så langt er dette heller ikke spesielt nytt, og de færreste vil ha noen problemer med en slik «bløt» versjon av epistemisk tillit/mistillit.

Men Fonagy og medarbeidere (2015) nøyer seg ikke med dette. De fremlegger en «hard» versjon av epistemisk tillit der tillegget av «episteme» (dvs. kunnskap om verdens beskaffenhet, med referanse til Aristoteles' kunnskapsteori) løsriver tilliten fra teorien om objektrelasjoner, som «basic trust» handlet om. «Basic trust» handler om en interpersonlig tillit, til det at jeg stoler på at du vil meg vel, og i forlengelsen av dette følger at jeg også stoler på at det du sier til meg, er sant. Fonagy og medarbeidere (2015) går ut over denne begrunnelsen i tilknytning og objektrelasjoner til å postulere et eget «kommunikasjonsinstinkt» og at dette «utvilsomt er det instinktet som driver overføring av kunnskap og kultur, og som gjorde våre afrikanske forfedre unike i evolusjonshistorien» (Fonagy et al., 2015, s. 580, min oversettelse, her og i det som følger). Forfatterne hevder videre at det er grunn til å anta at det i hjernen eksisterer en «evolusjonært beskyttet epistemisk motorvei ('highway')» som blir trigget eller åpnet av såkalte «ostensive cues» fra en forelder eller en annen respektert «naturlig pedagog». «Ostensive cues» er synlige, kommunikative signaler om at nå kommer det noe vesentlig som det er grunn til å lytte oppmerksomt til.



TEKST

Sigmund Karterud,
professor i psykiatri

Hos personer med (spesielt emosjonelt ustabil) personlighetsforstyrrelse er disse antatte nervebanene blokkert eller dysfunksjonelle. Dette får konsekvenser for terapi. Fonagy og medarbeidere hevder at «den terapeutiske situasjonen formidler læring om kilder til kunnskap», og at det overordnede målet er å gjenåpne den «evolusjonære motorveien». «Det er tilfriskningen ('recovery') av evnen til sosial informasjonsutveksling som er kjernen i psykoterapi», det å «oppdatere kunnskap om selv og andre i sosiale situasjoner». Videre sies det at mentalisering er en avgjørende del («key part») av den terapeutiske prosessen «fordi den øker vår evne til læring» og at «mentalisering er en grunnleggende ('generic') måte å etablere epistemisk tillit på». Med andre ord, mentalisering er ikke lenger noe mål i seg selv («Å 'lære' å mentalisere i behandlingen er ikke i våre øyne noe passende terapeutisk mål»). Dette er ganske oppsiktsvekkende ettersom mentalisering tidligere var ansett for å være selve grunnlaget for å kunne tolke andre, seg selv og intersubjektive prosesser, og dermed grunnlaget for selvbevissthet. I kjølvannet av teorien om epistemisk tillit har mentalisering i stedet blitt et middel for et høyere mål, som er å lære om verden fra autoritative kilder som en har kommet til å stole på. Jeg legger merke til at også Kristin Alve Glad i sin artikkel refererer til Allison og Fonagy (2016), som skal ha skrevet at «erfaringen med å forstå og bli kjent med seg selv i terapi ikke er et mål i seg selv» lenger. Det betenkelige er at Glad ikke stusser over et slikt utsagn som går på tvers av all vanlig tenkning om psykoterapi.

Like oppsiktsvekkende er det at hele personlighetsbegrepet oppløses av Fonagy og medarbeidere (2015) gjennom teorien om epistemisk tillit. Det hevdes at borderline personlighetsforstyrrelse essensielt sett «ikke er en forstyrrelse av personligheten, med mindre 'personlighet' blir brukt synonymt med 'langsomt forandrende'. Det er heller slik at borderline personlighetsforstyrrelse beskriver en tilstand av sosial utilgjengelighet. Den kan begripes som en midlertidig tilstand som er inkompatibel med en storslagen ['grand'] evolusjonær design om intra-kulturell kommunikasjon som vi alle spiller en rolle i. Den beskriver en tilstand av isolasjon fra kommunikasjon med ens partner, ens terapeut, ens lærer, som er skapt av epistemisk mistillit».

Det som er gjengitt ovenfor, vitner etter min mening om et idehistorisk forfall. Kjernen i selvet er ikke lenger en fortolkende meningsdannende prosess (som kan være på avveie). Hermeneutikken som en organiserende teori og praksis, er forlatt. Man har beveget seg bort fra *tolkning* av selv og andre til «informasjonsutveksling» og oppdatert «kunnskap om selv og andre». Når en først foretar en slik radikal reorientering, skulle en tro at det var på solid vitenskapelig grunnlag. Men det er det ikke. Det vitenskapelige grunnlaget for denne teorien er hittil ganske spekulativt. For det første postuleres det et «instinkt for kommunikasjon» uten noen empirisk dokumentasjon. Med svært sparsom evidens postuleres det en medfødt «naturlig pedagogikk» hos foreldre, og det hevdes uten særlig evidens at denne «naturlige pedagogikken» trigger en «evolusjonært beskyttet epistemisk motorvei». Kjernebegrepet «epistemisk tillit», som bærer hele teorien, er ikke operasjonelt definert. Det finnes ingen studier som har målt det på en valid og reliabel måte, det vil si underbygget at det eksisterer, og det er ingen antydning til hvor i hjernen denne «epistemiske motorveien» skulle være lokalisert. Med referanse til dette høyst spekulative begrepet blir hele teorien om mentalisering som en grunnleggende egenskap ved selvet satt i parentes, og hele begrepet om personlighet (i tradisjonell forstand) forsvinner. Borderline er ingen personlighetsforstyrrelse lenger, og ikke minst: *emosjonene* har også helt forsvunnet.

La oss nå gå tilbake til Kristin Alve Glads terapi med klient Elise. Glad beskriver en klient med personlighetsproblemer som vedrører alle personlighetens hovedkomponenter (Karterud, 2017). Hun har et utrygt *tilknytningsmønster* (vegner seg for å nærme seg andre av frykt for avvísning), problemer med *emosjonsbevissthet* (sliter med mye frykt, innoverrettet sinne og separasjonsangst) og *mentaliseringsproblemer* (fordreid fortolkning av andres intensjoner og forvirring med hensyn til egne intensjoner). Dette viser seg i overføringen, og terapeuten jobber fint med mentaliseringsproblemer der. Men den teoretiske forståelsen av totaliteten er høyst problematisk. Når klient Elise tviler på sannhetsgehalten i det terapeuten sier (at terapeuten *ikke* er sint og skuffet), forklarer terapeuten det som at «Elise har med andre ord lav epistemisk tillit». Det som er slående i denne

artikkelen, er *fraværet* av sedvanlig psykodynamisk teori og tenkning. Fenomenene forklares ikke lenger gjennom «gjentakelsestvang», «indre objekter», «projeksjon», «identifikasjon med aggressor», «affektbevissthet», «selvforståelse» etc. Det er ikke lenger snakk om å bearbeide en objektrepresentasjon som er beheftet med eget projisert sinn, som gir opphav til en selvrepresentasjon preget av frykt, separasjonsangst, skam og skyld. Ved å gi opp denne type tenkning som er basert på forskning og kliniske erfaringer gjennom mange titalls av år (Eagle, 2018), til fordel for et riktignok populært, men spekulativt begrep om epistemisk tillit, som gir få andre terapeutiske føringer enn korrigerende emosjonell erfaring, tror jeg Kristin Alve Glad gjør psykoterapifeltet en bjørnetjeneste. ✘

REFERANSER

- Allison, E. & Fonagy, P. (2016). When is truth relevant? *The Psychoanalytic Quarterly*, 85(2), 275–303.
- Eagle, M. (2018). *Core concepts in contemporary psychoanalysis: Clinical, research evidence and conceptual critique*. New York: Routledge.
- Erikson, E. H. (1993). *Childhood and society*. New York: W.W. Norton & Company. (Originalverket utgitt 1950).
- Fonagy, P., Luyten, P. & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575–609.
- Glad, K. A. (2021). Epistemisk mistillit. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(2), 118–123.
- Institutt for Mentalisering. (2019, 5 april). Møte om epistemic trust. YouTube. (<https://www.youtube.com/watch?v=EO1zoZXQuuw>).
- Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S., Folmo, E. & Kongerslev, M. (2020). *Mentaliseringsbasert terapi (MBT)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ny sjanger

FRA OG MED denne utgaven av *Psykologtidsskriftet* publiserer vi tekster under sjangeren «Kommentar». Forfattere av slike tekster kommenterer en artikkel publisert hos oss. Det er imidlertid ikke første gang vi har publisert slike bidrag. Noen nyere eksempler er «Norsk studie av reliabilitet og validitet av ASRS» av Erlend Joramo Brevik og «Tilsvaret til artikkel «Psykoedukasjon for personer med nevroutviklingsforstyrrelser» av Elisabeth Øverland og Erica Zahl, som begge ligger ute på *Psykologtidsskriftet*. no. I utgangspunktet vil kommentarer kun publiseres på våre nettsider, men enkelte ganger også i papirutgaven. På foregående side kunne du i denne utgaven lese en kommentar til Kristin Alve Glads artikkel «Epistemisk mistillit», ført i pennen av Sigmund Karterud. Denne kommentaren gir deg som leser tilgang til en syntetisering av et omfattende fagområde, samtidig som den bidrar til å fremheve poengene i Glads fagessay ved å belyse hvordan samme fenomen kan betraktes ulikt.

Det er flere årsaker til at vi etablerer kommentar som en formell sjanger i *Psykologtidsskriftet*. Kommentaren kan gi innblikk i sentrale diskusjonstema, konflikter eller metodeproblemer innenfor et område. Man får se akademisk diskusjon og kritikk i skrift. Fagpersoner som får kommentere i *Psykologtidsskriftet*, vil ha spesialistkompetanse på det aktuelle tema, og leseren får gjennom kommentaren tilgang på de refleksjoner de gjør seg, uten at teksten har den stramme formen som kreves i en artikkel eller en review. Kommentarene kan synliggjøre tema eller momenter i en studie som det er vanskelig å se eller ta stilling til selv, fordi man ikke har dybdekunnskaper nok til å se det.

Men ikke minst er det ifølge Vancouver-konvensjonen en anbefalt praksis for fagtidsskrift å gi lesere en mulighet til å sende inn kommentarer, spørsmål eller kritiske innspill til publiserte artikler. Det innebærer at korresponderende forfatter av artikler forventes å stille seg tilgjengelig for å gi svar på kommentarer som måtte komme. Inntil videre vil ikke kommentarer indeksere, men vi vil orientere forfatteren om kommentarer når slike publiseres.

Faglig debatt, saklig begrunnet kritikk og uenigheter er viktige ingredienser for kontinuerlig fagutvikling. Gode og velfunderte kommentarer gir mulighet for nye perspektiver på artiklers implikasjoner og bør være lærerike for både forfatterne og for leserne. Jeg vil med denne sjangeren oppmuntre til åpne diskusjoner om artikler vi publiserer. ✘

Katharine Cecilia Williams,
sjefredaktør

Kroppsbasert læring

Kroppen uttrykker noe av det som rører seg i sinnet. Når studentene blir oppmerksomme på dette, hjelper det dem å bruke hele seg i møte med klienten.

TEKST Kari Galaaen, psykologspesialist, kommunepsykolog ved samtaleteamet i Hamar kommune

«The body speaks clearly to those who know how to listen.»

Ogden & Fisher, 2015

Kroppens talemåte er til stede også når kroppens uttrykk ikke blir tatt imot. I opplæringen av våre fremtidige psykologer er det derfor sentralt å styrke kunnskapen om hvordan det kroppslige og relasjonelle perspektivet kan integreres i samtalebehandlingen.

Veiledet studentpraksis får en viktig funksjon i så henseende. Jeg vil i dette essayet drøfte erfaringer fra veiledningsgrupper jeg har hatt med 17 psykologistudenter på profesjonsstudiet ved UiT – Norges arktiske universitet. Veiledningene foregikk over toårsperioden 2015–2017, og tok utgangspunkt i en modifisert trenings- og veiledningsmodell fra Norsk Karakteranalytisk Institutt (NKI).

Inspirert av utdanningsprogrammet for psykologer og leger ved NKI ønsket jeg å prøve ut om denne veiledningsmodellen kunne gi studentene kunnskap om hvordan de kan integrere en kroppslig talemåte i rådgiving og terapi. Erfaringene tilsier at

modellen åpner opp og skaper rom for kreativ refleksjon.

STUDENTENES FORHOLD TIL TRYGGHET

Mange studentterapeuter gir tilbakemelding om at de er usikre på hvordan de skal omsette kunnskapen fra psykologistudiet til praksis, og at utdanningen bare til en viss grad har forberedt dem på utfordringene som møter dem (Bohne, Galaaen & Wang, 2017; Nilssen & Borgen, 2018). Skovholt og Rønnestad (2003) fant at ferske psykologer rapporterte om mange utfordringer de ikke følte seg forberedt på å håndtere, og Anderson (2015) fant at måten terapeuter forholdt seg til og prøvde å løse krevende mellommenneskelige situasjoner på, fikk betydning for terapiens utfall.

Studentpraksis og god veiledning blir således viktig for å utvikle og trygge studentene i møte med den kliniske virkeligheten. Holmsen (2010) fant at når studenter i praksis følte seg trygge, våget de å være mer aktive i sin egen læring. Trygghet var også en viktig faktor i studien til Nilssen og Borgen, men de fant i tillegg at det å mestre usikkerhet og kompleksitet



IMITASJON

I veiledningen mimer og imiterer studenten sin indre opplevelse av en klients kroppslige uttrykk. Foto: Ida Holth

var viktig for å utvikle selvstendighet i psykologrollen. Studentene ble utfordret til å tåle å romme det komplekse, og dermed utvide sin emosjonelle kapasitet. Også Nissen-Lie og kolleger (2013) finner at det er av stor betydning for terapiutfallet at terapeuten greier å romme emosjoner.

Biesta (2017) vektlegger betydningen av at veileder tar risikoen og går inn i en utviklende prosess der resultatet ikke er gitt på forhånd. «Risikoen er der, fordi utdanningen ikke dreier seg om å fylle en bøtte, men om å tenne en ild» (Biesta, 2017, s. 123). Når studenten tåler usikkerhet, kan det bidra til at veiledningsprosessen blir en kreativ handling, og det bringes noe nytt inn i samspillet. Illebris' (2013) teori om transformativ læring løfter frem at det er gjennom å forstå at en kan endre seg, og Biesta påpeker betydningen av å tørre å la den lærende gå inn i en utviklingsprosess. Begge disse perspektivene er i tråd med stortingsmeldingen om kvalitet i høyere utdanning, der det står at «... det må legges til rette for dybdelæring og transformativ læring» (Meld. St. 16, 2016–2017, s. 29–30).



Når studenten tåler usikkerhet, kan det bidra til at veiledningsprosessen blir en kreativ handling

Med dette som bakteppe var min erfaring da jeg veiledet studentene i førstelinjetilbudet «Psykhjelpen for de minste» i Tromsø, at det var nyttig å anvende en veiledningsmetode som kunne fremme studentenes kapasitet til å favne flere nyanser i det komplekse samspillet med sine klienter. I veiledningsgruppene fikk studentene erfare hvordan kroppen og psyken/sinnet er et sammenhengende system, og hvor sentralt det er å være bevisst den kroppslige dialogen i en terapeutisk setting. Veiledningsmodellen jeg benyttet, vil redegjøres for i det følgende.



TRENINGS- OG VEILEDNINGSMODELLEN

I veiledningen blir klientene fremstilt kroppslig gjennom studentenes imitasjoner og tolkninger. Sentralt i denne metoden er å vektlegge både form og innhold i møte med den andre. Ved å rette oppmerksomheten også mot det ikke-verbale samspillet gis det mulighet for å romme mer av hva som utspiller seg i møtet. Klientens automatiske relasjonelle mønstre vil også tre tydeligere frem.

Som en inntoning til arbeidet i veiledningsgruppen startet vi veiledningen med noen mindfulness-øvelser, slik at studentene ble bevisste sin egen kroppstilstand.

Første steg i veiledningsprosessen er at studenten (imitator) som skal legge frem kasus, mimer og imiterer stående sin indre opplevelse av en klients kroppslige uttrykk. Medstudentene observerer og retter oppmerksomheten mot egne følelser, reaksjoner og tanker, og deler dette i plenum etterpå, uten at det gis noe mer informasjon om klienten. Hensikten er at medstudentene får erfaring med, retter fokus mot og blir bevisste på sine egne autentiske reaksjoner.

I neste steg blir målet å fange opp hva klienten kjenner i møte med terapeuten, en empatiske posisjon. Her vil medstudentene mime klientens kroppstilstand ut fra imitators miming, altså en imitasjon av en imitasjon.

I denne øvelsen skal medstudentene ha fokus på hva de erfarer og opplever i egen kropp (også tanker) når de imiterer/mimer. De går deretter tilbake til egne kroppslige posisjoner, før de deler inntrykkene i plenum. I denne settingen tilstreber veileder å skape rammer slik at medstudentene kjenner seg tilstrekkelig trygge til å fritt kunne dele ulike assosiasjoner og refleksjoner. Deretter vil imitator svare på, og bekrefte eller avkrefte, informasjon og refleksjoner om klienten, som medstudentene har kommet frem til gjennom øvelsen. På nåværende tidspunkt i prosessen gir ikke imitator ny informasjon om klienten.

Hensikten er at studentene erfarer og blir oppmerksomme på å skille mellom egne autentiske reaksjoner og den implisitte imitasjonen i møte med den andre. Denne implisitte imitasjonen og kroppslige simuleringen er det som gjør at vi kan føle hva den andre føler (Gallese, 2009; Reich, 1945; Sletvold, 2012), altså den empatiske posisjonen.

Tredje steg er at imitatoren går ut av rommet for så å komme inn igjen, slik terapeuten forestiller seg at klienten ville ha gått inn i terapirommet. Medstudentene blir igjen bedt om å dele hva de opplever ut fra en observerende posisjon. Tanker og refleksjoner rundt dette drøftes i gruppen. Til slutt vil imitatoren som har presentert saken, gi informasjon om klienten. Dette gir medstudentene en indirekte tilbakemelding på om deres kroppslige fornemmelser samsvarer med hva imitator selv har av informasjon om klienten.

Gjennom de ulike øvelsene har imitatoren og gruppen arbeidet med å få ulike innfallsvinkler og perspektiver for å forstå klienten. De har fått erfaring, trening og økt bevissthet om betydningen av å kunne skille mellom autentisk og imitativ og emosjonell reaksjon i møte med den andre. Når studentene retter fokus mot egne kroppslige fornemmelser, kan de få en forståelse av hvordan kroppen uttrykker noe av det som rører seg i kropp og sinn hos klienten. Ved at terapeuten finner ord og uttrykk for denne tilstanden kan klienten kjenne seg igjen. Slik kan både studenten og klienten bli bevisste på hvordan kroppen uttrykker våre opplevelser (Galaaen, 2009; Sletvold, 2012; Sletvold, 2014).

STOLARBEID

Når studentene har fått disse erfaringene, kan en arbeide mer «direkte» med samspillet mellom klient og terapeut ved å bruke tre stoler. Stolene symboliserer de tre analytiske posisjonene som studentene har trent i å fokusere på, henholdsvis den autentiske, den empatiske og den objektive posisjonen (Starks, 2000). Gjennom å erfare terapien fra ulike posisjoner legges det også til rette for å ta inn og reflektere mer over det komplekse samspillet. Igjen utfordres studentene til å «våge risikoen» med å bevege seg utenfor egen komfortsone ved å forholde seg til den kroppslige dialogen i samspillet.

I den ene stolen sitter studenten som imiterer/mimer sin klient. I den andre stolen sitter «terapeuten», spilt av en medstudent. Den tredje stolen er i utgangspunktet tom, men brukes som en refleksjonsstol. Når terapeuten går over i en reflekterende posisjon, forflytter vedkommende seg til den tredje stolen for å markere overgangen. Her setter terapeuten ord på sin opplevelse av hva som utspiller

seg. Så kommer «klienten», medstudenter og veileder med sine refleksjoner, og bevisstgjøringen skaper muligheter for endret interaksjon mellom student og klient i neste terapitime.

På den måten får imitator erfart, på en leken måte, hvordan det oppleves i rollen som «klient» å bli møtt av ulike terapeuter under de samme rammene, i første omgang uten ord. Dette gir imitatoren en erfaring med, og økt bevissthet om, hvordan terapeutens ikke-verbale form påvirker samspillet som utspiller seg i terapirommet. Bevissthet rundt de egne kroppslige fornemmelsene som oppstår i møtet, vil hjelpe studenten til å oppfatte hva som foregår, og hvordan forholde seg i situasjonen.

Å SE SEG SELV UTENFRA

En litt annen variant av veiledningsmetoden som ble brukt, kan eksemplifiseres ved en sesjon ved studenten Anna. Hun imiterte først seg selv som terapeut og deretter som sin klient. Før imitasjonen fortalte Anna at hun opplevde klienten som passiv og krevende å få en relasjon til.

Da Anna imiterte seg selv som terapeut, satt hun fremoverlent og et godt stykke frem på stolen. Etterpå, da hun satte seg i den andre stolen for å imitere klienten, satt hun lenger bak på stolen med litt holdt pust. Til sist satte hun seg i den tredje stolen (den observerende posisjonen). Her satte hun ord på hvordan hun opplevde samspillet mellom klienten og terapeuten som hun hadde imitert. Deretter fikk hun refleksjoner fra veiledningsgruppen med utgangspunkt i deres observasjon.

For Anna var det nyttig å erfare hvordan både hun og klienten var til stede i en

kroppslig dialog. Anna ønsket å integrere tilbakemeldingene ved å imitere seg selv på nytt som terapeut. Hun satte seg igjen i terapeutstolen. Denne gangen mer tilbakelemt og ga uttrykk for at i denne posisjonen kunne hun puste bedre, og hun følte seg friere. I sitt neste møte med klienten anvendte Anna disse erfaringene, og opplevde at det oppstod et friere samspill, der klienten kom tydeligere frem.

Disse variantene av veiledningsmetodene kan beskrives som å «imitere fra innsiden» (Stern, 2004) og omhandler speilnevrale mekanismer og nervesystemets evne til gjennom observasjon å finstemme seg mot andre (Gallesse, 2009). Dette er i høy grad ubevisste og medfødte prosesser. Når et menneske betrakter (imiterer) et annet menneske, har personen et nevrobiologisk grunnlag for å oppleve i sin egen kropp den handlingen som foregår i den andres kropp. Det er disse indre opplevelsene, og bevissthet rundt egne og andres emosjonelle og kroppslige responser, som danner grunnlaget og gir retning for veiledningsprosessen.

Å BRUKE HELE SEG

I en trygg veiledningssituasjon får studentene mulighet til å prøve ut ulike terapeutiske intervensjoner. Ved å rette oppmerksomheten mot den kroppslige dialogen får de trene på å lese det ikke-verbale, uformulerte og emosjonelle uttrykket. Det å lære på denne måten innebærer at studentene må våge å bevege seg utenfor egen komfortsone. De får et aktivt forhold til å tåle usikkerhet, romme emosjoner, og forholde seg bevisst til klientens og sin egen verbale og ikke-verbale kommunikasjon.

Studentene gir tilbakemelding om at veiledningsmetoden gjør dem mer kompetente på relasjonsbygging. De synes selv at de erverver større grad av mestring og fleksibilitet i rollen som terapeut, at de får større bevissthet rundt kompleksiteten i samhandlingen, og at de opplever økt selvstendighet. Studentene får erfare, og blir bevisste på, *hvordan* kroppen er i en levende interaksjon i møte med den andre. Når studentene blir oppmerksomme på hvordan en gjennom kroppen uttrykker noe av det som rører seg i sinnet, vil det kunne hjelpe dem til å bruke hele seg i møtet med klienten.



Studentene får erfare, og blir bevisste på, hvordan kroppen er i en levende interaksjon i møte med den andre



REFERANSER

- Anderson, T., Crowley, M.E.J., Hima-
wan, L., Holmberg, J.K., & Uhlin, B.D.
(2015). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 1–19.
- Biesta, G.J.J. (2017). *Utdanningens vidunderlige risiko* (2. opplag). Fagbokforlaget.
- Bohne, A., Galaaen, K. & Wang, C.E.A. (2017). Psykhjelpen – et lavterskeltilbud. *Tidsskrift for helsesøstre*, 3, 50–52.
- Falkeid, K. (1981). «Hvor hadde vi det fra?» Fra diktsamlingen *Robinson*. Cappelen.
- Galaaen, K. (2009). – Er du der for meg? Imitasjon som metode i parterapi. I J. Sletvold & M. Børstad (red.), *Den terapeutiske dansen. Kropp & relasjon i psykoterapi*, 225–246. Kolon Forlag AS.
- Gallese, V., Eagele, M.N., & Mogone, P. (2007). Intentional attunement: mirror neuron and the neutral underpinnings and interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 55(2), 131–176.
- Gallese, V. (2009). Mirror neurons, embodied simulations, and the neuronal basis of social identification, *Psychonalytic Dialogues*, 19, 519–536.
- Holmsen, T. (2010). Hva påvirker sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis? *Nordic Journal of Nursing Research*. Research Article. <https://doi.org/10.1177/010740831003000106>
- Illeris, K. (2013). *Transformativ læring & identitet*. Samfundslitteratur.
- Nilssen, I.B. & Borgen, K.K. (2018). *Får psykologistuderenter det kunnskapsgrunnlaget de trenger for praksis og arbeid i førstelinjetjenesten? Et innblikk i studenters erfaring fra førstelinjepraksis på Psykhjelpen for de minste*. Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, UiT – Norges arktiske universitet, Tromsø.
- Nissen-Lie, H.A., Monsen, J.T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M.H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 86–104. <https://dx.doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>
- Ogden, P. & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Reich, W. (1945). *Character Analysis*. Farrar, Strauss and Giroux, 1972.
- Skovholt, T.M. & Rønnestad, M.H. (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45–58. <https://dx.doi.org/10.1023/A:1025125624919>
- Stark, M. (2000). *Modes of Therapeutic Action*. Jason Aronson Inc.
- Stern, D.N. (2004). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Tanum.
- Meld. St. 16 (2016–2017). *Transformativ læring. Kultur for kvalitet i høyere utdanning*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20162017/id2536007/>
- Sletvold, J. (2012). Training Analysts to Work With Unconscious Embodied Expressions. *Psychoanalytic Dialogues – Taylor & Francis Online*, Vol. 22 – Issue 4. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10481885.2012.700875>
- Sletvold, J. (2014). *The Embodied Analyst. From Freud and Reich to relationality*. Routledge.

FORSKNINGSNOTIS

Sosialkognitiv overlapp

Både schizofrenispektrumlidelser og autismespekterlidelser er lidelser karakterisert ved sosialkognitive svekkelser. Historisk sett har disse lidelsene imidlertid vært studert som adskilte fenomener. I en studie publisert i *JAMA Psychiatry* har forskere beveget seg bortenfor disse tilsynelatende diagnostiske kategoriene, som har lagt føringer for å studere lidelsene i ulike kontekst og med ulike testbatterier, for å se på de delte sosialkognitive fellestrekkene ved autisme- og schizofrenilidelser. Den systematiske litteraturgjennomgangen og metaanalysen inkluderte 34 artikler som sammenlignet den sosialkognitive funksjonen hos individer med autisme og individer med schizofrenilidelser, og funnene pekte på at det var like nivåer av sosialkognitive svekkelser på tvers av lidelsene. Forskerne konkluderer med at forståelsen av hvordan felles svekkelser innenfor dette domenet er understudert, og at dette er prelimnære funn som legger til rette for å studere denne sosialkognitive overlappen i fremtiden.

REFERANSE

- Oliver, L. D., Moxon-Emre, I., Lai, M. C., Grennan, L., Voineskos, A. N., & Ameis, S. H. (2021). Social Cognitive Performance in Schizophrenia Spectrum Disorders Compared With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA psychiatry*, 78(3), 281–292. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3908>

Meninger



ILLUSTRASJON: GOODSTUDIO / SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX

IKKE SLAVER

Vi har lang utdanning, ansvar og makt til å tenke selv. Vi trenger ikke være slaver av systemet. Heidi Svendsen Tessand melder seg på standardiseringsdebatten (s. 304).

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.



Akademisk tåkeprat

Psykologer har mye å lære av gutten som stod foran gullfiskbollen og utbrøt «Doffen har daua».

«**VÅRT SAMFUNNSMANDAT** som kliniske psykologer er å konseptualisere komorbiditet av psykologisk art på en intelligibel måte, og det ultimate målet må være å opplyse den gemene hop.» Som fersk student på profesjonsprogrammet ved Universitetet i Oslo våren 2016 fikk jeg bakoversveis av den første forelesningen. Sitatet er gjenkalt etter hukommelsen og sikkert ikke korrekt. Samme kan det være. Poenget er ikke *hvem* som sa *hva*, men at *vi* står i fare for å rote oss bort i en sky av akademisk tåkeprat. Med *vi* mener jeg alle som har studert, studerer eller jobber med psykologi i diverse former. Jeg sikter bredt og skyter vilt.

PROFESSOR FRA FREDRIKSTAD

Universitetsansatte må ta sin del av ansvaret. Etter første forelesning følte jeg meg som en del av denne «gemene hop», og jeg fikk straks en følelse av ikke å strekke til. Jeg stod utenfor den akademiske høyborg, med lua i hånda. Usikker banket jeg på og hørte en røst i det fjerne. «Komorbiditet», «intelligibel», «den gemene hop». Dette var ikke tøys. Fra nå av var det alvor. Skulle jeg bli psykolog, var det simpelthen bare å ta en bachelor i fremmedord først. Første forelesning ble fulgt opp av en ny en, der begreper som «fenomenologisk», «epistemisk tillit» og «eksekutive funksjoner» kom haglende mot meg. Amanuenser og professorer er forbilder for den kommende generasjon

psykologer. Da må de være bevisste måten de formidler kunnskap på. Jeg tror det er mulig å formidle forholdsvis komplekse konsepter på en mer forståelig måte.

Noen behersker denne kunsten. Et rykte skal ha det til at professor Geir Overskeid ved Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo på et tidspunkt skal ha hatt følgende stående på sin «emneside» på Universitetets hjemmesider: «Fra Fredrikstad.» Ikke mer, ikke mindre. Så forfriskende enkelt. En mann som står trygt i seg selv, tenkte jeg. Om ryktet er sant, vet jeg ikke. Han har i alle fall en rimelig beskjeden beskrivelse også i dag. Professoratet og publikasjonslisten hans taler for seg selv. Dette handler riktignok ikke direkte om formidling, men om tilliten han vekker ved å ikke behøve å flutte seg med vanskelige begreper. En annen som i mine øyne klarer dette godt, heter Anders Fjell. Han er professor ved Psykologisk institutt ved UiO og foreleste om de nevrane mekanismene bak hukommelse. Ingen enkle saker, men fordi han selv kunne sakene sine så godt, klarte han å formidle det på en interessant og forståelig måte.

DEKANTERING

Spørsmålet er om vi kanskje mister nyanse om vi forenkler språket for mye. Tidlig i februar i år deltok jeg på et etikkseminar ledet av en annen dyktig professor, Anne-Kari Tor-galsbøen. I presentasjonen jeg holdt, sa jeg



TEKST Håkon Huth, psykologstudent, 10. semester ved profesjonsstudiet i Oslo

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

KOMMUNIKASJON





Etter første forelesning følte jeg meg som en del av denne «gemene hop», og jeg fikk straks en følelse av ikke å strekke til

noe av det samme: I møte med «den gemene hop», eller folk flest, er vi nødt til å snakke et forståelig språk. Når vi bruker «selvfølgelige» begreper som «kognitiv» og «eksekutive funksjoner», må vi forsikre oss om at de vi snakker med, forstår det samme som oss. Dette ansvaret er faktisk nedfelt i de fagetiske prinsippene. Anne-Kari var enig. Det var hun som oppfordret meg til å dele tankene i *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Likevel må det vel være greit å bruke fagspråket oss psykologer imellom? spurte hun meg. Da blir kommunikasjonen mer presis.

Men blir den egentlig det? I kjølvannet av den nå omtrent halvårige diskusjonen rundt skammens funksjon i tidsskriftet har jeg inntrykk av at det oppstår misforståelser selv når psykologer kommuniserer med hverandre. Kort oppsummert: Der noen forstår skam som utelukkende negativt (Popovac, 2020), poengterer andre at skammen rent evolusjonært har en viktig og noen ganger positiv funksjon (Sinding, 2020). Debatten er interessant av flere grunner. Ikke minst er den et godt eksempel på hvordan fagfolk ofte kommuniserer med hverandre. Slik jeg leser diskusjonen, er forfatterne langt på vei enige, men har ulik forståelse av skambegrepet. Hanne Weie Oddli skrev i 2016 en flott artikkel om «nyttene av dekantering» i *Psykologtidsskriftet*. Jeg anvender hennes formulering her. Skam-begrepet *dekanteres*. Ved at begrepet «helles fra en karaffel til en annen», tilføres det nye, nyttige elementer. Mitt poeng har derfor ingenting å gjøre med hvor nyttig debatten er. Forfatterne skriver både godt og overbevisende. Eksempelen viser imidlertid at selv fagpersoner innenfor samme profesjon kan forstå ganske grunnleggende begreper ulikt. Hvis vi nå øker vanskelighetsgraden litt, og snakker om «eksekutive funksjoner», blir forståelsen av begrepet trolig enda mer uklar. Det kan være vanskelig nok å snakke kollegaer imellom. Skal vi i tillegg henvende oss til pasienter, andre faggrupper eller til «de mange», tror jeg folk kan bli nokså svimle.

Det er ingen ny tanke at fagformidling bør gjøres enklere. Dyktige kolleger som Siri Gullestad har minnet oss på det før. I 2014 skrev hun en godt formulert tekst med tittelen «Språk som skaper avstand» i dette tidsskriftet. Én ting handler om hvordan vi snakker oss imellom, en ganske annen er å lese pasienters journaler. Som Gullestad påpeker: «Bruk

av substantiver og kategoriserende vendinger endrer selve setningsbygningen – språket blir oppstyltet, abstrakt og ofte uforståelig» (Gullestad, 2014).

REMA 1000

Jeg er student med beskjeden erfaring, men for det det er verdt, er jeg enig med Gullestad. Det kan kanskje også noen ganger være en fordel å ikke ha kommet lenger ned veien enn det jeg har. Jeg har for ikke lenge siden selv kjent på en form for avmakt ved å stå ved den akademiske høyborgs porter. Jeg ante ikke hva ting betydde, og følte meg dum. Kanskje kan det samme gjelde pasienter og andre vi formidler fag til. Husker du den lille gutten på Rema 1000-reklamen som konstaterer at «Doffen har daua»? Noen ganger er det enkle ofte det beste.

Jeg tror forresten problemet kan ledes tilbake til det Anne-Kari spurte meg om. Det må da være greit å bruke fagspråk oss fagfolk imellom? Jeg anerkjenner selvsagt hvor viktig det er at fagfolk mestrer sentrale begreper som setter oss i stand til å kommunisere presist og mest mulig objektivt. Men når bruken av disse fagtermene blir *second nature*, når vi bruker dem uten å reflektere over dem mens vi snakker, er det fort gjort å miste gangsynet. En klok bekjent spekulerte på om vi kanskje ser oss så blinde på fremmedordene at vi til slutt blir ute av stand til å endre språket når vi skal få andre til å forstå hva vi mener, enten det er snakk om pasienter, andre faggrupper eller folk flest. Denne utfordringen er neppe unik for vårt fag, men kanskje er det spesielt viktig for psykologer/helsepersonell å ha gode kommunikasjonsvaner. Vi arbeider ofte sammen med mennesker for å få til endring gjennom samtale. Hvordan skal vi få til det om de ikke skjønner hva vi sier?

NIETZSCHE I GRAVEN

Jeg hadde en gang en norsklærer som pleide å raljere over folk som sa ting som at «inntagelsen av morgenmåltidet er essensiell», når man likeså godt kunne si at «det er viktig å spise frokost». For man sier jo det samme?. Denne norsklæreren har skrevet etterordet til en av Friedrich Nietzsches oversettelser til norsk. Hvem vet om ikke Nietzsche ville ha snudd seg i graven om han hørte hvordan vi holder på. «(...) alle tilgrumser de sitt vann for at det skal synes dypt», skriver han i *Slik talte Zarathustra* (Nietzsche, 1883/2011) – en klar oppfor-

dring til datidens poeter og tenkere om å sette klarhet aller først. Senere har uttrykket blitt brukt om å kamuflere forholdsvis grunne tanker med et komplekst og pompøst språk. Jeg vil presisere at jeg ikke mener at vi tilgrumser en «grunn tanke». Det er komplekse ting vi snakker om! Jeg tror bare ikke på at komplekse tanker krever et komplekst språk. Og selv om det selvsagt er nødvendig – essensielt – at vi som fagfolk behersker et bredt spekter av presise fagbegreper, så trenger vi ikke på død og liv å bruke dem så mye vi kan, i alle mulige sammenhenger – nærmest av vane.

Jeg kan selv merke hvordan jeg etter å ha studert psykologi i flere år nå har begynt å snakke og skrive mer komplekst, selv når det ikke har vært nødvendig. Det er i ferd med å bli en uvane, dette. Derfor vil jeg stoppe nå. Selvsagt skal jeg lære og mestre alle nødvendige fagbegreper, men jeg skal bruke dem på en bevisst måte, og skrive og snakke enkelt når jeg kan. Jeg tror det vil gjøre meg til en bedre psykolog. For at jeg og andre psykologistudenter skal komme dit, tror jeg imidlertid vi trenger hjelp av alle dere dyktige psykologer der ute. Hjelp oss ved å sette gode eksempler. Hjelp oss ved å være rause og imøtekommende. Hjelp oss med å snakke forståelig.

Vi sitter på en kompetanse og en kunnskap som er mye verdt. Derfor er det viktig at vi kan formidle den slik at den blir forståelig. ✕

REFERANSER

- Gullestad, S.E. (2014)... Språk som skaper avstand. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(8), 640–641.
- Leversen, J.S.R. (2014). Psykologien, språket og mennesket. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(10).
- Nietzsche, F. [1883] (2011). *Slik talte Zarathustra* (B.C. Grønner, overs.). Spartacus.
- Oddli, H.W. (2016). Nyttan av dekantering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(2), 134–138.
- Popovac, Z. (2020). Skam revidert: Et oppgjør med positive tolkninger av skammens funksjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(8), 593–596.
- Sinding, A.I. (2020). Skam nyansert. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57 (10), 764–769

Debattert

AP-tja til rusreformen

Før Arbeiderpartiets digitale landsmøte 15.-17. april spriker medlemmenes syn på rusreformen.

Sosial reform: Er det noen sosiale reformer som kan gjøre mer for de som har det aller vanskeligst?

Andreas Halse, bystyreprerentant for Oslo AP på Twitter 18. februar

Stor feil: Når historien om rusreformen skrives, vil det være en stor feil om Arbeiderpartiet sto på feil side.

Helse- og sosialpolitisk talsperson i Oslo Ap, Jon Reidar Øyan til Klassekampen 23. februar

Rød løper: Vi frykter at man med reformen kan rulle ut rød løper for rusavhengighet hos unge som eksperimenterer med rus, fordi vi ikke klarer å fange dem opp tidlig nok eller fordi terskelen for å ruse seg senkes.

Hedda Foss Five, ordfører i Skien (Ap), Robin Martin Kåss, ordfører i Porsgrunn (Ap), Ida Pinnerød, ordfører i Bodø (Ap) Eva Vinje Aurdal, ordfører i Ålesund (Ap), Jon-Ivar Nygård, ordfører i Fredrikstad (Ap) i VG 26. februar

Ingen helsereform: Etter vår mening bør ikke Arbeiderpartiet bidra til å vedta regjeringens forslag til rusreform, slik den er foreslått. Å tilby hjelp, uten å vise hvordan man skal trappe opp behandlingstilbudet, eller de kommunale hjelpetiltakene, er ingen helsereform.

Rune Moen, Leder, Lillestrøm Ap i Romerikes blad 15. mars

Forebygger: Å straffe rusavhengige har vært et gigantisk feilgrep. Rusreformen vil gjøre det enklere å forebygge problemene.

Astrid Willa Eide Hoem, leder i AUF i Nrk/Ytring sammen med andre ungdomspartiledere 16. mars

Vil legalisere: Mange av våre medlemmer og velgere er bekymret for at rusliberale i Venstre får for sterk påvirkning på narkotikapolitikken. Unge Venstre er åpne på at de vil legalisere cannabis.

Ingvild Kjerkol, helsepolitisk talsperson for Arbeiderpartiet i Klassekampen 16. mars

SKJULT Det hender at én lidelse «overskygger» en annen, slik at denne ikke blir oppdaget. Bedre samarbeid mellom psykisk helsevern og somatikk vil kunne hjelpe barn med komplekse tilstander, skriver Irene Elgen og Ragnhild Lygre. Foto: Carsten Schäfer/NTB Scanpix



Når én lidelse overskygger en annen

I skyggen av én lidelse kan det ligge en annen vi ikke ser. Slik «overskygging» kan koste både pasienten, familien og samfunnet dyrt. Derfor må vi samarbeide bedre på tvers av fagfelt og profesjoner.



TEKST Irene Elgen, barne- og ungdomspsykiater, og Ragnhild Lygre, psykologspesialist, begge Haukeland universitetssykehus

TVERRFAGLIG SAMARBEID

OVERSKYGGING KAN VÆRE spesielt fremtredende i skjæringspunktet mellom psykisk helsevern og somatikk. Stadig mer forskning indikerer overlapp og interaksjoner mellom ulike lidelser, også på tvers av psykisk helse og somatikk. Dermed øker risikoen for «diagnostisk overskygging», et fenomen som kan oppstå når én lidelse «overskygger» en annen, slik at denne ikke blir oppdaget.

I dag er det flere premature som overlever. Det samme gjelder barn som blir skadet under

fødsel, og barn med medfødte lidelser. Disse har økt risiko for blant annet ADHD. Ofte kan gleden ved at barnet har overlevd, overskygge senere vansker. Hospitalisering og overbeskyttelse kan bli forklaringsmodeller for symptomene, til tross for at den såkalte overbeskyttelsen faktisk kan være adekvat for et barn som trenger det på grunn av ADHD. Ofte forklares symptomer ut fra grunnlidelsen, og behandlingsapparatet er naturligvis opptatt av å normalisere.

FREM I LYSET

Et konkret eksempel på diagnostisk overskygging fra vår kliniske hverdag er et barn med en metabolsk lidelse som krevde en streng diett. På grunn av dietten hadde han en assistent på skolen, som fulgte ham tett og gav ham den hjelpen han trengte. Skolen rapporterte dermed lite om ADHD-symptomer. Dette kunne ha ført til manglende diagnostisering av ADHD, men gjorde det heldigvis ikke. Gutten hadde etter diagnostisering særdeles god effekt av ritalin, både målt ved hjelp av nevropsykologiske tester og kliniske observasjoner. Foreldrene beskrev at både gutten og familien hadde «fått et nytt liv».

For mennesker med lidelser der behandlingsetterlevelse er viktig (f.eks. diabetes mellitus type 1), vil tidlig oppdagelse og behandling av komorbiditet trolig være spesielt viktig. Det er klart at det blir vanskeligere å følge et behandlingsopplegg med daglige medisinske tiltak eller diett dersom man også utfordres av ADHD og strever med impulsivitet.

I vårt helseforetak hender det at flere jobber parallelt i psykisk helsevern og i somatikken når det gjelder barn med sammensatte lidelser. Dessverre kan det virke litt tilfeldig hvor i helsevesenet barn havner. Behandling av kun én problemstilling vil ofte ikke føre frem. Felles for de fleste av disse henviste barna er at de opplever mange år med helseplager og runddans i helsevesenet. Vi mistenker at omfanget av barn med sammensatte helseplager som har behov for et sammensatt helsetilbud, går langt utover de som er beskrevet her.

INGEN KODE FOR Å SAMLE TRÅDENE

Budskapet er altså et ønske om mer samarbeid mellom psykisk helsevern og somatikk. Kropp og sinn henger jo tross alt sammen og kan vanskelig isoleres fra hverandre. Dessverre er ikke alltid systemet tilrettelagt godt nok for et samarbeid. New public management-tankegangen, som råder i helseforetakene, er kanskje heller ikke noe som hjelper klinikere til å løfte blikket og se helhet. Det er for eksempel ingen kode/takst for å lese hele journalen og samle trådene. Foretakene får mer inntekter dersom pasienten møter flere spesialister enkeltvis i flere konsultasjoner, fremfor å møte flere spesialister samlet i én konsultasjon. Man kan selvfølgelig velge å ikke forholde seg til disse realitetene, men også praktiske hinder kan komme i veien for samarbeid, som at somatikken ikke har tilgang til psykisk helseverns journaldokumenter. Dette er heldigvis i ferd med å endres. Etter vårt syn representerer dette en foreldet, dualistisk tankegang det er essensielt å bryte ut av. Som den norske forfatteren Finn Alnæs sa det: «Vi kjenner bare stykker og biter av det hele mennesket, men sannheten om noen deler kan jo for alt vi vet være en løgn om helheten.»

Jo flere biter vi kjenner, og jo bedre vi setter dem sammen, jo riktigere blir våre konklusjoner og våre behandlingstiltak. En mer presis forståelse av helhet tror vi vil ha store positive konsekvenser for barnet, familien og samfunnet. Det er ofte de diffuse, komplekse tilstandene som koster samfunnet mest i form av velferdsytelser og bruk av helsetjenester, og ikke minst redusert livskvalitet for dem det gjelder. Uten altfor mye ressurser kunne trolig mange fått en bedre prognose. Mer fokus på helhet vil således også være samfunnsøkonomisk viktig, men da må vi ha tid, vilje, rom og kunnskap til å gjøre det. ✕



Det [...] blir vanskeligere å følge et behandlingsopplegg med daglige medisinske tiltak eller diett dersom man også utfordres av ADHD og strever med impulsivitet

Vi trenger ikke å være slaver av systemet

Hvis systemet er problemet, og det vi gjør opprettholder systemet, er vi også en del av problemet.



TEKST Heidi Svendsen Tessand, seksjonsleder Stillasbyggerne/ barnevernrettet poliklinikk, Akershus Universitetssykehus

STANDARDISERING

PSYKOLOGENE AKIAH A. Ottesens og Lene Paulsens Walderhaugs beskrivelser av hvordan standardisering henholdsvis invaderer våre tanker eller tvert imot hever faget, representerer det jeg tolker som to ytterpunkter i debatten om hvordan vi best utøver vårt fag.

Om innleggene er representative for psykologer, er et empirisk spørsmål det finnes lite data på. Men å si at mange føler seg fanget av systemet, er neppe kontroversielt (lenke Flor og NPF).

STRUKTUR OG KULTUR

Systemet lever ikke uavhengig av oss som jobber i det. Jeg mener at vi noen ganger skylder for mye på strukturen og for lite på kulturen – altså «hvordan vi gjør det her hos oss». Det er ingen strukturer som i seg selv hindrer oss i å utøve godt fag, så lenge det er faglig forsvarlig. Noen behandlere tolker retningslinjer som lovverk, andre tolker dem veiledende. Opplevd rigiditet henger gjerne sammen med opplevd arbeidspress og opptrer ofte sammen med argumenter om ressurser. Men hvordan arbeidsdagen oppleves, er ikke kun et forhold mellom antall oppgaver og ansatte, men et samspill mellom strukturen og kulturen der man jobber.

Du skal igangsette en ADHD-utredning av en gutt. I førstegangssamtalen vurderer du at livet hans er kaotisk. Mor og far strever både med forholdet og økonomien. Det vanlige der du jobber, er å sette opp en plan for utredning og testing. Du vurderer at gutten trenger noe annet først. Du blir med mor til NAV, drar til skolen for å få et inntrykk av miljøet, snakker med lærer og terapeuten som hjelper foreldrene. Vet du mye om konteksten før du tester, blir tolkningen av resultatene mer valide.

Dette er gevinster du kunne gått glipp av hvis kulturen der du jobber, innebærer at arbeidsoppgavene alltid skal følge et bestemt mønster.

Hvis veiledere og ledere heller ikke viser deg hvordan avvik fra standard dokumenteres, er veien kort til å til å gi systemet skylda hvis du føler deg styrt.

LÆRT HJELPELØSHET

Vi er den største yrkesgruppen i psykisk helsevern. Vår statsautorisasjon gir oss rett til å ta selvstendige avgjørelser i tråd med det pasientene vil. Det er selvsagt mulig å jobbe strukturert og systematisk uten en standardisert mal. Og det er mulig å jobbe fleksibelt innenfor pakkeforløpenes rammer. Det er et lederansvar å skape trygge ansatte som stoler på egne vurderinger. Men behandlerne har også et ansvar for ikke å la seg fange i en oppskrift som er ment å ramme inn, ikke detaljstyre yrkesutøvelsen.

Alle på Psykologer-gruppa på Facebook vet at Ottesen ble hyllet og Walderhaug nærmest oversett. Jeg synes det er rart hvis det stemmer at psykologer gjør ting på jobb vi mener ikke er riktig. I så fall, hvorfor gjør vi det? Vi har lang utdanning og er via loven tillagt en rolle, ansvar og makt til å tenke selv.

TILPASSET TILBUD

For ikke å bli en hamster i et hjul må vi være mest opptatt av hva som er viktig for dem vi skal hjelpe. Del 2 av evalueringen av pakkeforløp (SINTEF, 2021) viste at få av pasientene hadde fått informasjon om behandlingsmetoder og behandlingstiltak. De ble ikke involvert i utarbeidelsen av behandlingsplanen, og ble ikke spurt systematisk om hvordan de opplevde behandlingen. Og de måtte selv koordinere kommunikasjonen mellom ulike hjelpere. Det er denne typen ukultur pakkeforløpene ville til livs, så her har vi fortsatt en lang vei å gå.

Behandlingen bør oppleves som en integrert del av livet til pasienten, og det vi gjør, bør bidra

til å heve livskvaliteten. For å få til det må vi koble oss på livene deres og involvere pårørende eller andre som er viktige for dem. Profesjonelle hjelpere er sjelden hele svaret på spørsmålet om hvordan vi kan bistå de som sliter.

Det er i balansen mellom håndverk og kunst, strikte standarder og retningsløs improvisasjon at den beste hjelpen ytes. Noen trenger to år med terapi, noen trenger tre timer. Noen trenger et helt pakkeforløp, noen trenger ingenting av det. Vi må jobbe med det som er viktigst for pasienten, spørre dem systematisk om det vi gjør hjelper, og dokumentere hvis vi går utenfor standard.

VI KAN IKKE GI OPP

Det er ikke enkelt å jobbe i psykisk helsevern. Sykehusledelsen klarer sjelden å dimensjonere tilbudene riktig og prioritere blant for mange mål. Mellomledere kan slite med å oversette målene til meningsfulle oppgaver for de ansatte. Behandlere sliter med å prioritere godt fordi de ikke har kompetanse på det, ikke får muligheten, eller har retningsløse ledere. Kommunene vi skal samarbeide med, er ulikt organisert. I tillegg er både kommunene og deler av psykisk helsevern underdimensjonert. Og vi er ekstra slitne nå fordi vi er midt i en pandemi. Vi puster ikke fritt, bokstavelig talt.

Men problemene var her også før pandemien. Myndighetenes intensjon er ikke å begrense vår yrkesutøvelse slik at kvaliteten går ned. Vi kan kreve at lederne våre er tydeligere på hva de ønsker at vi skal prioritere, og sette mål som gir mening, for eksempel om pasientenes livskvalitet. Men lederne kan også oppleve seg som slaver av systemet. Som deres ledere igjen.

Uansett hvilket nivå vi er på i organisasjonshierarkiet, har vi medansvar for å komme med endringsforslag som kan gi oss tjenester med høy kvalitet som brukerne vil ha. Ingen klarer det alene. Men hvis alle behandlere på jobben din blir enige om ett grep som testes ut, kan det inspirere andre.

Eksempelvis har min forrige arbeidsplass – BUP Øvre Romerike – nettopp gjennomført et kvalitetsprosjekt som heter «All In». Målet var at ingen pasienter skulle få avslag, alle skulle få intensiv utredning, og det skulle lages en plan sammen med kommunen. Prosjektet ble gjennomført på ett team. Nå vurderer resten av klinikken å gjøre det samme.

Vi kan utfordre, påvirke og endre både strukturer og kulturer. Vi kan bli ledere, tillitsvalgte eller politikere. Det eneste vi ikke kan, er å gi opp. ✕



Jeg mener at vi noen ganger skylder for mye på strukturen og for lite på kulturen

DEBATT OM STANDARDISERING

Tidligere innlegg:

Nr. 03 - 2021 Standardisering har fremmet faget (Lene Paulsen Walderhaug)

Nr. 02 - 2021 En sakte invasjon (Akiha A. Ottesen)

Kunst og håndverk

Det som kommer med pakkeforløp, er noe annet enn psykologi. Det er en kulturell ideologi som preger vestlig tenkning og har sitt utgangspunkt i moderne bedriftskultur.



TEKST Akiah A. Ottesen, psykologspesialist, ph.d.

STANDARDISERING

I SISTE UTGAVE av tidsskriftet ble jeg beskyldt for å romantisere «... en behandlingshverdag uten dokumentasjonskrav, diagnoser, behandlingsplan og behov for evaluering» i innlegget «Standardisering har fremmet faget». Min først reaksjon var overraskelse. Så ble jeg nysgjerrig på romantikk i psykologien – og det var spennende lesning.

Store norske leksikon definerer romantisk som «virkelighetsfjern, svermerisk, eventyrlig, spennende, malerisk eller stemningsfull», ikke ord man til vanlig forbinder med psykologisk terapi. Jeg reiste videre og fant flere tekster om temaet. Blant annet har Schneider (1998) en glimrende sammenfatning av feltet, dets styrker og svakheter. Der påstås det blant annet at romantikken egentlig ikke var en irrasjonell bevegelse, men faktisk et forsøk på å forhøye rasjonalitet og sammenføye det med følelser og intuisjon, nettopp for å løse de store utfordringene i livet – kjærlighet, frihet og frykt.

Mange bevegelser innenfor psykologi har vært opptatt av dette holistiske perspektivet. Forståelse av spiritualitet, affekt, intuisjon, kinestesi og fri fantasi fikk plass i vår forståelse av menneskesinnet og eventuell lidelse samt behandlingen av den. Der psykiatrien en periode hadde til hensikt å kutte de reelle båndene mellom fornuft og følelser gjennom lobotomi, var det krefter i psykologien som var opptatt av en mer humanistisk holdning basert i både filosofi og fenomenologi, slik som humanisme, kulturpsykologi og eksistensiell og humanistisk psykoterapi, for å nevne noen.

BEHANDLINGSMÅL

Altså en personsentrert tilnærming til terapi, som tar utgangspunkt i klientens livsverden

og særegne ønsker. Å avtale behandlingsmål med klienter kom ikke med pakkeforløp, men har vært en integrert del av psykologisk terapi gjennom generasjoner (Rogers, 1965). Forskere fra SINTEF har spurt 3200 behandlere om deres erfaring med pakkeforløp (Ådnanes, Kaspersen, Melby, & Lassemo, 2020), og stort sett svarte de at det ikke endret deres praksis i særlig grad. Men de opplevde at det hadde ført til økt byråkratisering og tidkrevende arbeid med å dokumentere gjennomføring av intervensjoner og tiltak som allerede var etablert i klinisk praksis. Folk er ikke redd for å bli sett i kortene. Behandlere har i mange år skrevet journal og dokumentert hva klienten er opptatt av, hva som skjer i møtene, og deres egne tanker og vurderinger.

Det som kommer med pakkeforløp, er noe annet enn psykologi – det er byråkrati basert på en kulturell ideologi. En ideologi som preger vestlig tenkning og har sitt utgangspunkt i moderne bedriftskultur. En kultur preget av privatisert og forsikringsbasert finansiering, der forventninger om effektivitet er fremtredende og målet er selvrealisering og lykke. Tanker utviklet i en kultur preget av konsumerisme, utålmodighet og lett tilgjengelige varer, der holdningen er at naturen kan temmes. Psykologer har fått maktposisjon, det forplikter oss til å være interessert i de implisitte normene og forestillinger som ligger i vår ervervete praksis (Harnischfeger, 2020). Normer og forestillinger som etter hvert styres av anbefalingene i et pakkeforløp, og konsekvensene av dem.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus er reduksjonistisk og har til hensikt å tallfeste og systematisere psykisk lidelse og behandling. Målet er kontroll og effektivitet, men presenteres som kvalitetssikring. Pakkeforløp ber om

så hyppige vurderinger av symptomer at klienten kan få følelsen av at de burde ha kommet lenger, og raskere kjent bedring, altså «stress og press på å bli frisk» (s. 14, Ådnanes, Høiseith, Magnussen, Thaulow, & Kaspersen, 2021).

LØSRIVELSE

Det å lære å utøve et håndverk tar tid, og det krever både kunnskap og øvelse. Som Chaucer skriver: «The life so short, the craft so long to learn.» Men håndverk endrer seg med nye oppdagelser og kunnskap. Psykologifaget trenger mulighet til å bevege seg videre, finne noe nytt, inkludere det mangfoldet som er menneskeheten, og ikke redusere det til et gjennomsnitt. Det trengs å løsrives fra reglene og rammene slik at vi kan utforske menneskesinnet med ydmykhet, nysgjerrighet, åpenhet og mot nok til å forkaste kjente teorier i møte med noe nytt. Det er mer og mer tydelig at strukturelle forhold påvirker vår psykisk helse (Metzl & Hansen, 2018), likevel tas ikke dette hensyn til ved evidensbasert behandling. Kulturelle og kontekstuelle forhold spiller en stor rolle i vår opplevelse av relasjoner, lidelse og helbredelse (Berg & Holt, 2020), uten at det vies særlig oppmerksomhet på studiet vårt.

Vi blir aldri ferdig med å innhente ny kunnskap om menneskets psyke, eller havet, eller verdensrommet. Vi er heller ikke i nærheten av å vite hva som virker best for alle. Vi kan selvfølgelig gjøre dette til en diskusjon om fornuft og følelser, rasjonalitet og romantikk. Men da tenker jeg på noe Johan Galtung sa om fredsforskningen: at man aldri vil komme til enighet og bevege seg videre ved å argumentere for to forskjellige perspektiver. Det som hjelper, er å stille et nytt spørsmål, sammen. Det krever kreativitet – kall det kunst. ✕

REFERANSER

- Berg, A., & Holt, K. (Eds.). (2020). *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (1 ed.). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Harnischfeger, J. (2020). Å bli en annen. In A. Berg & K. Holt (Eds.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (1 ed., pp. 16–21). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Metzl, J. M., & Hansen, H. (2018). Structural Competency and Psychiatry. *JAMA Psychiatry*, 75(2), 115–116. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.3891
- Rogers, C. R. (1965). *Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory*. New York: Houghton Mifflin.
- Schneider, K. J. (1998). Toward a science of the heart: Romanticism and the revival of psychology. *American Psychologist*, 53(3), 277–289. doi:10.1037/0003-066X.53.3.277
- Ådnanes, M., Høiseith, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K., & Kaspersen, S. L. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*. Retrieved from https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L., & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året*. Retrieved from https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf
- romantisk* i *Store norske leksikon* på [snl.no](https://snl.no/romantisk). Hentet 9. mars 2021 fra <https://snl.no/romantisk>



Å avtale behandlingsmål med klienter kom ikke med pakkeforløp, men har vært en integrert del av psykologisk terapi gjennom generasjoner

Standardisering og profesjonalitet er ikke det samme

Blir vi som psykologer for mye håndverkere, risikerer vi å bli marionetter i et system preget av målstyring og standardisering.



TEKST

Hedda Sødal,
psykolog i
spesialisering

STANDARDISERING

AKIAH OTTESEN SKRIVER i februarutgaven gjenkjennelig om hvordan vår frie og åpne tenkning som psykologer kan bli invadert av overdrevne krav til standardisering. I marsutgaven avfeier Lene Paulsen Walderhaug poenget til Ottesen, og fremmer et standpunkt om at vi som psykologer heller bør se på oss selv som håndverkere enn som kunstnere.

Det sier seg selv at vi som psykologer ikke kan se på oss selv som kunstnere. Noe slikt var heller ikke Ottesens budskap, slik jeg leste hennes tekst. Å ha en kunstneridentitet som psykolog kan føre til at man blir både selvsentrert og lite samarbeidsdyktig. Men å bruke håndverker som et bilde på *psykologrollen* kan også være en fallgrube. Pasientene er ikke materialer, like lite som de er kunstverk. Blir vi for mye håndverkere i et system med uendelige krav til hva som skal kartlegges, kategoriseres og registreres, risikerer vi å miste mye av vår faglige integritet, frihet og åpenhet. Vi risikerer å bli flinke fremfor medmenneskelige.

HVA GJØR OSS TIL PSYKOLOGER?

«Gjør det gode, ikke det rette.» Dette sa min nærmeste leder på en DPS jeg jobbet på. Hun minnet meg på at det er menneskemøtene og

samtalene som er det aller viktigste, og at det å oppfylle systemets krav er sekundært. For meg var det verdifullt å ha en leder med en slik holdning. Det hjalp meg å huske på at det å være en profesjonell psykolog ikke er det samme som å tilstrebe standardisering for enhver pris. «Standardiseringen har hjulpet vårt fagfelt opp og frem», skriver Walderhaug. Hvis standardiseringen blir et middel for å fremme vår profesjon, kan andre grunnleggende faglige og etiske aspekter komme i skyggen. I det lange løp er det tilliten fra pasientene og befolkningen som er bærebjelken for hvordan vi som profesjon oppfattes.

Etter min mening kan vi kalle oss psykologer først og fremst i kraft av å ha en seks år lang utdanning som gir kompleks kunnskap om menneskers psyke. Og i kraft av å ha hatt mange møter og endringsprosesser med mennesker i psykisk smerte, under veiledning av kolleger som har hatt enda flere slike menneskemøter. Det er dette som skiller oss fra coacher og veiledere, ikke «koblingen til somatiske systemer og forståelsesmodeller», slik Walderhaug hevder. Jeg mener vi bør ha nok ryggrad som profesjon til ikke å omfavne den medisinske modellen for å rettferdiggjøre



TOPPSTYRTE Det er nødvendig at helsemyndighetene slakker tøylene, slik at vi kan være mer autonome og vitale psykologer, ikke toppstyrte marionetter, skriver Hedda Sødal. Her er det Prague Puppet Theatre som drar i trådene. Foto: Klaus-Werner Friedrich / NTB Scanpix

vår rolle som helsepersonell. Det er stor forskjell på å møte et menneske i psykisk nød og å operere en fot.

OPPSKRIFTEN PÅ STRESS

Jeg er enig i at økt standardisering har ført mye bra med seg, blant annet i form av økte krav til struktur og system i vårt arbeid. Tydelige krav til for eksempel behandlingsplaner og underveisevalueringer er skjerpene for våre vurderinger og valg av behandlingstilnærming. Det kan også fremme åpenhet overfor pasientene og bidra til bedre samarbeid med dem.

Problemet oppstår når denne standardiseringen går for langt. Når den blir for tidkrevende, kategorisk og sjekklisterpreget. Og ikke minst når den kombineres med en tidsånd og helsepolitikk preget av målstyring og urealistisk høye krav til raske resultater. Alt dette til sammen er oppskriften på stress og utilstrekkelighetsfølelse hos behandleren. Kravene til oss står ikke i stil med den virkeligheten vi jobber i. Og vi får ikke nok rom til det indre

arbeidet som trengs for å gjøre en god jobb som psykolog.

ROMMET FOR TILSTEDEVÆRELSE

Stressede foreldre har begrenset kapasitet til å møte barna sine emosjonelt. Og stressede behandlere har begrenset kapasitet til å møte pasientene sine emosjonelt. Da mister vi mye av grunnlaget for å drive god terapi.

For høye stressnivåer hos behandlere kan være direkte skadelig for pasientene. I møte med en stresset eller *for* resultatorientert behandler kan pasienten oppleve å få repetert erfaringer med å ikke bli sett på sine behov og følelser. Dette kan føre til en resignasjon og avkobling hos pasienten.

Overdreven standardisering kan gå på bekostning av tilstedeværelsen og ydmykheten i utøvelsen av faget vårt. Det er nødvendig at helsemyndighetene slakker tøylene, slik at vi kan være mer autonome og vitale psykologer, ikke toppstyrte marionetter. Mister vi for mye av vårt faglige spillerom, er det fare for at både vi og pasientene mister gnisten. ❖



For høye stressnivåer hos behandlere kan være direkte skadelig for pasientene

Skam og de adaptive egofunksjonene

Det er vår evne til å aktivere selvmedfølelse som er det adaptive, og som avgifter skammen.



TEKST Zemir Popovac, psykologspesialist, Favne Psykologbistand, Oslo

SKAM

DET HAR VÆRT en sann glede å være en del av en så spennende debatt om skam som oppstod i kjølvannet av min artikkel i augustutgaven av Psykologtidsskriftet (Popovac, 2020a). Noe av det fineste med faget vårt er jo nettopp fagets iboende invitasjon til tenkning, undring og refleksjon. Det er i møte med andres standpunkter at vi blir mer klar over våre egne. Det å kanskje ha bidratt til at andre har oppdaget egne standpunkter når de har lest mine, helt uavhengig av om de er enige eller ikke, er glede- lig å tenke på. Takk til alle som har tatt seg tid til å lese mine artikler (Popovac, 2020a; 2020b), og takk til alle som har svart og kommet med innspill i debatten (Halvorsen, 2020; Sindig, 2020; Stiegler, 2020; Svendsen, 2021; Vassbø Hagen, 2021; Øvreeide, 2020). Jeg har lyttet og lært, men ikke funnet grunnlag til å endre mitt ståsted.

Skam kan graderes i sin intensitet, men essensen er den samme. Det som gjør skam til skam, og som skiller den fra alt annet, er kollaps i selvmedfølelsen og trussel om tap av selvverd. For å underbygge dette har jeg blant annet vist til omfattende forskning på utvikling av skam hos barn og skammens innvirkning på psykisk helse senere i livet (Popovac, 2020b).

DEBATTEN

Vi ser ut til å være enige i det vi på ulike måter omtaler som maladaptiv skam. Uenighetene kretser rundt den såkalt adaptive eller positive skammen (Halvorsen, 2020; Sindig, 2020; Vassbø Hagen, 2021). Jeg har lyst til å komme med noen synspunkter til noen av refleksjonene om den antatt adaptive skammen som Anne Hilde Vassbø Hagen skriver om i februarutgaven av Psykologtidsskriftet.

I artikkelen nevner Vassbø Hagen den adaptive skammen i individualterapi og skriver følgende: «Dukker adaptiv skam opp organisk i klienten i løpet av terapien, vil vi validere følelsen og hjelpe klienten ut av den» (Vassbø Hagen,

2021, s. 139). På samme side i innlegget skriver hun om adaptiv skam i foreldreveiledning: «Gjennom å validere og vise empati overfor den adaptive skammen inviteres barnet ut av skammen.» Spørsmålet vi kan stille oss her, er: Om skammen er adaptiv, hvorfor skal man hjelpes ut av den? Vi kan si at terapeuten og foreldrene subtilt fornemmer det toksiske i skammen og hjelper pasienten eller barnet ut av den. Og det er nettopp mitt poeng. Skam er en trussel mot selvet, ellers ville man latt den virke (Popovac, 2020b).

Vassbø Hagen gir også et eksempel på adaptiv skam i parterapi, der hun skriver følgende: «Når adaptiv skam er synlig til stede, er teorien at den sårede parten opplever reparasjonen som mer genuin, og at skammen og smerten i den nærmest er en forsikring om at det ikke vil skje igjen» (Vassbø Hagen, 2021, s. 139). Men den samme genuine reparasjonen skjer ved aktivering av ektefølt anger (Klein, 1998). Forskjellen ligger i at anger ikke truer selvet med tap av selvkjærlighet, slik som skam gjør. Skam er ingen nødvendig forutsetning for en god reparasjon. En partner som angre dypt, skaper den samme genuine reparasjonen (Klein, 1998). Vi kan gjøre feil, vi kan angre og genuint reparere, uten å måtte trues med tap av selvverd (Popovac, 2020b).

ADAPTIVE EGOFUNKSJONER

Å kalle skam adaptiv er misvisende. Det er vår evne til å aktivere selvmedfølelse som er det adaptive, og ikke skammen i seg selv. Den er toksisk. Avgiftes den ikke, vil den true selvet.

Det er takket være våre egofunksjoner, og særlig vår evne til å reaktivere selvmedfølelse, at vi adaptivt kommer oss ut av situasjoner med skam. Når ens egne egofunksjoner ikke strekker til, er vi avhengig av omtanke og hjelp fra andre for komme oss ut av skammen, som i eksemplene ovenfor, der foreldrene og terapeuten spiller viktige støttefunksjoner for barnets og pasientens ego (jf. auxiliary ego; Spitz, 1965).



Å tilskrive skam det adaptive er en feilattribuering. Om ikke selvmedfølelsen aktiveres, vil skammen fortære selvet. Det positive eller adaptive ligger derfor ikke i skammen, men i våre egofunksjoner, og særlig i evnen til å reaktivere selvmedfølelse og tilføre selvet kjærlighet. ✕

REFERANSER

- Halvorsen, J.S. (2020). Skam, psykologi og ontologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(10), 770–773.
- Klein, M. (1998). *Love, Guilt and Reparation: And Other Works 1921–1945*. Imprint: Vintage Classics.
- Popovac, Z. (2020a). Skam revidert: Et oppgjør med positive tolkninger av skammens funksjoner. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 57(8), 593–596.
- Popovac, Z. (2020b). Skam ekspedert. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 57(11), 837–841.
- Spitz, R.A. (1965). *The First Year of Life*. Madison, International Universities Press.
- Sinding, A.I. (2020). Skam nyansert. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(10), 764–769.
- Stiegler, J.R. (2020). Savner akademisk ydmykhet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(11), 911–912.
- Svendsen, I.-M. (2021). Skamdebatt av sporet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(1), 56.
- Vassbø Hagen, A.H. (2021). Skammens plass i terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(2), 138–139.
- Øvreeide, H. (2020). Livsfarlig å gi skam en positiv verdi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(12), 910.

DEBATT OM SKAMMENS FUNKSJON

Tidligere innlegg:

- Nr. 02 - 2021** Skammens plass i terapi (Anne Hilde Vassbø Hagen)
- Nr. 01 - 2021** Skamdebatt av sporet (Inger-Magrete Svendsen)
- Nr. 12 - 2020** Savner akademisk ydmykhet (Jan Reidar Stiegler)
- Nr. 12 - 2020** Livsfarlig å gi skam en positiv verdi (Haldor Øvreeide)
- Nr. 11 - 2020** Skam ekspedert (Zemir Popovac)
- Nr. 10 - 2020** Skam, psykologi og ontologi (Jan Sunder Halvorsen)
- Nr. 10 - 2020** Skam nyansert (Aksel Inge Sinding)
- Nr. 08 - 2020** Skam revidert (Zemir Popovac)
- Nr. 06 - 2020** Blikket utenfra (Siri Gullestad)



Faksimile av Februirutgaven

Psykiatrien ingen katastrofe for ME-pasienter

Å holde pasienter med CFS/ME borte fra psykiatrien vil være den virkelige katastrofen.



TEKST Ruth-Anne Tomtum Kleve, psykolog ved Tangen Helseklinikk, Nesodden

ME

I FEBRUARUTGAVEN av *Tidsskrift for Norsk psykologforening* betegner Nina E. Steinkopf psykiatrien som en katastrofe for mennesker med CFS/ME. I tillegg refererer hun National Institute for Health and Care Excellence (NICE), som i utkast til nye retningslinjer anbefaler at CFS/ME-pasientene må hvile så mye som de har behov for. Jeg er sterkt uenig i begge deler. Jeg mener at psykologer har mye evidensbasert kunnskap å bidra med ved alvorlig og langvarig sykdom som CFS/ME, og at hvile alene ikke er god behandling.

La oss forestille oss en pasient med CFS/ME, sengeliggende, alene i et mørkt rom med kraftig utmattelse og smerter, hjelpeløs

og desperat, og dypt fortvilet over kroppen som ikke lystret, som om den har forsvunnet sammen med det levde livet som en gang var. Hva om vi går inn der som behandler, kopler oss på og våger å være til stede i pasientens smerte og fortvilelse. Hva om vi kan å si noe sånt som: «Det er klart du er fortvilet, og uendelig trist over alt du har mistet; din egen helse, kontakt med vennene dine og kollegaer, og du er frarøvet det daglige samværet med familien din. Jeg vil tro du savner dem så utrolig mye.» Hva om vi kan validere skammen over ikke å kunne delta eller bidra i samfunnet lenger, hverken på jobb, som venn eller som for-elder, skammen over å «nave». Og om vi hjel-

per med å sette ord på frykten, frykten for forverring av sykdommen, og frykten for at dette skal vare for alltid. Hva om vi sier: Jeg skal stå her sammen med deg i alt det smertefulle, så du slipper å bære det helt alene. Hva vil skje?

FORSIKTIG STERKERE

Hvordan vil det være for pasienten når vi som behandler går inn og sier: «Jeg kan hjelpe deg videre, vi vet mye om hvordan du kan håndtere langvarig sykdom, og vi vet hvordan du kan få bedre søvn og hvile. Ja, for du skal hvile mye, særlig i den akutte fasen av sykdomsforløpet, det vil hjelpe deg!»

Og hva vil skje når vi formidler at hvile ikke er nok, at det over tid til og med kan gjøre deg sykere. At vi som mennesker trenger å være i bevegelse for ikke å svinne hen og miste mot, muskelkraft og energi. At bevegelsen du trenger, skal være tilpasset det du tåler akkurat nå. Hva om vi våger å si: «Når du tåler dette over en tid, vil du tåle mer, du vil forsiktig bli sterkere.» Hvordan ville det kjennes for pasienten at vi formidler håp om bedring?

Hva når vi forteller pasienten at all hvile ikke er god hvile, men at vi kan hjelpe med å finne fram til en god type hvile, som kroppsavspenning, mindfulness eller bruk av pusteteknikker? Og hva når vi sier at du trenger denne gode kvalitetshvilen regelmessig for å bli bedre, og at det er lite hjelpsomt å hvile med hodet fullt av kverning, og en kropp full av stress og bekymring. Hvordan vil det være?

Det er vanskelig å sove med en utmattet kropp som også er stresset. Hva når vi som behandlere forteller at vi kan hjelpe med å snu døgnrytmen, sove på natten og være våken på dagen. Hva når vi formidler at god døgnrytme er livsviktig for reparasjon og gjenoppbygning av en syk kropp? At det kan være lurt å få dagslys mot huden, litt hver dag. Om det så starter med 30 sekunder, det er så veldig mye mer enn ingenting. Det en liten aktivitet som er mye mer enn bare å hvile.

Og hva vil skje når vi formidler at følelser lett blir forsterket når vi er syke, at det er naturlig? At du skal få slippe å holde tilbake alt det vonde for å overbevise om at du ikke er psykisk syk. Så hva når vi våger å gå inn i den smerten, hjelpe pasienten med å tillate, kjenne på og anerkjenne vonde følelser som tapper for energi og noen ganger for livskraft. Og om vi så hjelper med å sette ord på og uttrykke det vonde, få kontakt med det umøtte behovet og hjelpe med å transformere de smertefulle og energitappende følelsene til styrkende selvmedfølelse og selvhevdelse, eller sorg i en krevende og langvarig sykdomsperiode.

RESPEKTFULLE MØTER

Så hva skjer når vi gjør alt dette, alt dette som handler om å møte mennesker med respekt, varme og empati, i kombinasjon med evidensbasert kunnskap, med formidling av håp, tro på en individuell personlig vekst, også når vi er rammet av alvorlig sykdom? Jo, vi skaper et rom for mindre ensomhet, mer anerkjennelse, agens, håp og tilfriskning!

Dette er også psykiatrien, og den er ingen katastrofe. Å anbefale pasienter med CFS/ME å holde seg unna psykiatrien, eller psykisk helsevern, som det heter i dag, er å frarøve svært syke pasienter mulighet til tilfriskning. Vi har ingen evidens for eller grunn til å stue denne pasientgruppen bort, med anbefaling om bare å hvile, og formidle lite håp for bedring. Det vil være en katastrofe!



... all hvile (er)
ikke god hvile



Testdistributør på ville veier

Norges største distributør av kliniske og pedagogiske testverktøy, CheckWare, later til å tro at testkvalitet er en subjektiv størrelse, og skyver ansvaret for kvalitet over på sine kunder og sluttbrukere.



TEKST Rudi Myrvang, psykolog, spesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi, medlem av Testpolitisk utvalg, NPF, leder av Fagutvalget for organisasjonspsykologi, NPF og Mikael Julius Sømhovd, ph.d., spesialrådgiver, NPF, sekretær i Testpolitisk utvalg, NPF

TESTER

TANYA RYDERS ARTIKLER i januar- og februarutgaven av Psykologtidsskriftet rettet søkelyset mot utfordringer i testfeltet og psykologers bevissthet rundt testkvalitet og rettighetsproblematikk. Noe som åpnet opp for en nødvendig diskusjon om dagens uholdbare situasjon: at ingen vil ta ansvaret for testkvalitet innenfor det kliniske og pedagogiske feltet – områder der uheldig testbruk kan ha særlig store konsekvenser for testtager.

I marsutgaven utfordres helseteknologiselskapet *CheckWare* ved administrerende direktør Heidi Blengsli Aabel og kundedirektør Frode Næss til å ta mer ansvar for kvaliteten på de drøyt 1200 testverktøyene de har distribusjonsrett på i sin digitale plattform. Bakgrunnen for spørsmålet er blant annet Mikael Julius Sømhovds uttalelse i et tidligere nummer: «Fellen er at slike elektroniske systemer ikke garanterer kvalitet og validitet på noen som helst måte.» Det underliggende premisset for uttalelsen er at mange uansett vil oppfatte *CheckWare* som en garantist for kvalitet, i mangel på noe annet.

MANGLENDE KUNNSKAP

Responen fra selskapet er urovekkende. De to direktørene uttaler at det aldri har vært noe problem at selskapet distribuerer testverktøy som ikke holder faglig mål. Dette sørger kundene selv for å holde orden på. Næss presiserer til og med at «Kundene er veldig opplyst om feltet, det er jo de som er i fagmiljøene. De velger selv. Hvis det sitter 40 personer i et rom, så er det 60 ulike meninger om den faglige testkvaliteten, og vi går naturlig nok ikke inn i den dialogen.»

Uttalelsen er forstemmende. Ikke bare avdekker den en holdning om at kunden selv må ta ansvaret for kvaliteten på produktet (tenk om en apotekkjede hadde flagget samme standpunkt!). Intervjuet med ledelsen i *CheckWare* tydeliggjør også deres manglende forståelse for

fagfeltet selskapet opererer i. Testkvalitet er et objektivt fenomen, og baserer seg prinsipielt på nøkkelparametre som *reliabilitet* og *validitet*, om man legger klassisk psykometri til grunn.

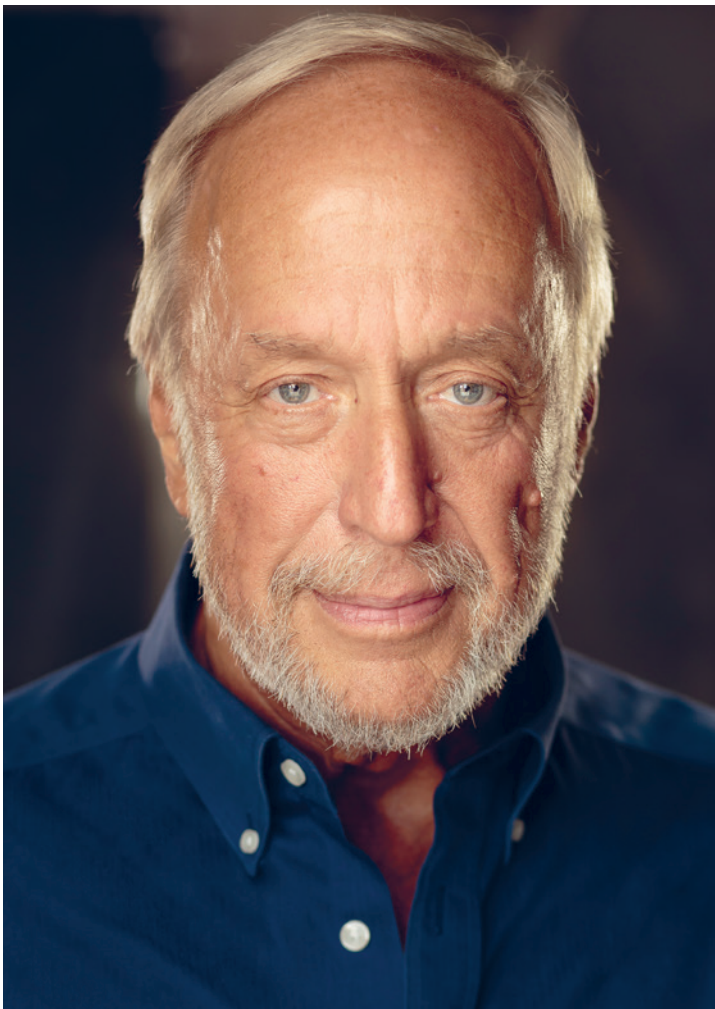
Ironien er derfor at direktørene oppfatning av kundenes ulike oppfatninger av testkvalitet understreker behovet for kvalitetssikring. Det er rett og slett ikke sånn at det finnes 40 eller 60 ulike riktige meninger om hva en god test er. Innenfor det aktuelle statistiske paradigmet finnes det definerte kvalitetskriterier. Samtidig kan det være en krevende øvelse å evaluere kvaliteten til et testverktøy, noe som ikke minst skyldes uoversiktlig, ufullstendig eller til og med manglende dokumentasjon. Da er det uheldig at *CheckWare* skyver ansvaret for kompliserte vurderinger over på kundene sine. Dette er kunder som kanskje har preferanser, men som ikke nødvendigvis er veldig opplyste i testfaget, eller oppdaterte på status for enkeltverktøy.

HVEM BØR HA ANSVARET?

I et intervju i samme utgave av *Psykologtidsskriftet* etterspør også psykologpresident Håkon Skard og testekspert, forfatter og psykolog Dag Øyvind Engen-Nilsen mer krav, regulering og involvering fra helsemyndighetenes side. Vi støtter dette synspunktet, da vi mener at myndighetene må på banen for å bidra til oppryddingen i de kaotiske tilstandene som preger testfeltet. Det bør etableres en sertifiseringsordning for testkvalitet også for det kliniske og pedagogiske området, forskningsmidler for formålet må tilgjengeliggjøres, og testkvalitet må kobles tydeligere opp mot juridiske krav. I tillegg må testleverandører som *CheckWare* være seg sitt ansvar bevisst, og erkjenne at det er et komplekst og ytterst sensitivt fagfelt de opererer innenfor. De kan ikke skyve hele ansvaret over på kundene. ❌



FOTO: JOHN CLARK/WIKIMEDIA COMMONS



GENETISK BETINGET

Når vi tar inn over oss hvor mye gener har å si for hvem vi blir, vil den kliniske psykologien komme til å forandres til det ugjenkjennelige, spår psykolog og genetiker Robert Plomin.

Les Fredrik Mikkelsens bokessay om Plomins siste bok Blueprint, How DNA makes us who we are (side 314).

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

Født sånn eller blitt sånn – ti år etter

Harald Eias ti år gamle «Hjernevask»-debatt får nytt liv med Robert Plomins aktuelle bok, *Blueprint, How DNA makes us who we are*.

TEKST

Fredrik Mikkelsen, kommunepsykolog i Vennesla og Iveland kommune, psykologspesialist

«**FORHOLD DEG TIL** historier om fortiden som rykker», sa min seminarleder på Institutt for psykoterapi ved en anledning. Pasienter formidler sin historie i terapier. Historien om for eksempel den krevende og emosjonelt utilgjengelige faren kan i terapi bli til en ganske annen historie. Det er fristende å binde seg til én tolkning av fortiden og forutsette kausalitet mellom subjektets opplevelser i fortiden og væremåte i nåtiden. Det er innlysende at vi ikke kan vite noe sikkert, fordi det historiske narretivet er sammenvevd med nettopp subjektets idiosynkratiske opplevelser. Nå er det selvsagt slik at det ikke er nødvendig med objektive sannheter for at mennesker skal oppleve terapi som svært nyttig og meningsfullt. Det er likevel spennende at det nå foreligger forskning som viser at vi vet en god del om hvorfor vi blir som vi blir, som boken til Robert Plomin er et eksempel på.

Plomin mener at Freud fikk samfunnet til å lete på feil steder etter svarene på hva som gjør oss til den vi er. Årsaken til personlighetstrekk ligger, ifølge Plomin, ikke i hvordan du ble behandlet av dine foreldre, men i den biologiske arven fra dem, altså i genene i ditt DNA².

Nature/nurture-debatten har gjennom årene vekket sterke følelser og har ofte vært preget av politiske meninger. Med utgangspunkt i for eksempel et venstrepolitisk ståsted ses gjerne miljøet som den avgjørende faktoren, fordi dette passer godt inn i en egalitær verdensanskuelse. Det finnes på den andre siden en frykt for konsekvensene av genetisk determinisme. Ifølge Plomin har det vært vanskelig å få gehør for arvets betydning i debatten om arv og miljø. Han mener psykologstanden lenge var fastlåst i troen på at for eksempel familiemiljøet er den avgjørende faktoren med hensyn til personlighetsutvikling og utvikling av psykopatologi:

It's one thing to state that genes largely determine how fast we run, how high we jump and how vulnerable we are to, say, myopia. But it's another to argue that genes also largely determine how intelligent, empathetic or antisocial we are. We prefer to think of such traits as social constructions, brought about by the familial and social environments into which we happen to be born.³



BOK *Blueprint, How DNA makes us who we are*

FORFATTER

Robert Plomin

FORLAG Penguin

ÅR 2019

SIDER 320

INNFLYTELSERIK

Robert Plomin er en amerikansk psykolog og genetiker. Han har hatt en sentral rolle i flere store longitudinelle forskningsstudier og er best kjent for sitt arbeid med tvillingstudier og atferds-genetikk. Han har skrevet flere bøker om genetikk og psykologi. Plomin mottok APA Award for Distinguished Scientific Contributions i 2017, og han har blitt kåret til en av de 100 mest innflytelsesrike psykologene i vitenskapshistorien¹.

1. <https://www.apa.org/monitor/julaug02/eminent>

2. <https://www.theguardian.com/science/2018/sep/29/so-is-it-nature-not-nurture-after-all-genetics-robert-plomin-polygenic-testing>

3. <https://www.theguardian.com/science/2018/sep/29/so-is-it-nature-not-nurture-after-all-genetics-robert-plomin-polygenic-testing>



IKKE SÅ FORMBAR Barn er ikke leirklumper som kan formes etter foreldrenes ønske, mener den amerikanske psykologen og genetikeren Robert Plomin. Foreldre bør hjelpe barn til å bli de menneskene de allerede (genetisk) er, mener han. Maleri: *Madam Roulin og hennes baby* av Vincent van Gogh (1888) / The Met

Plomin har fått kritikk fra flere hold for å overdrive betydningen av den genetiske arven, for å ikke ta nok hensyn til kulturens innflytelse og for å gi et unyansert og forenklet bilde av arvelighet.

ARV VIA MILJØ

Blueprint, How DNA makes us who we are handler i grove trekk om resultatene av mange års forskning på genetik og DNA. Hovedbudskapet er at forskjeller i DNA er den største systematiske kilden til de psykologiske forskjellene mellom oss. Genetisk arvbarhet står for 50 prosent av de psykologiske forskjellene mellom oss, fra personlighet til mentale evner. De resterende 50 prosent handler om miljøfaktorer. Plomin understreker at geners innvirkning ikke er deterministisk. Det handler om probabilistiske tendenser, ikke predeterminerte ferdige programmer. Det som beskrives, er det som er, og ikke det som kan være.

Plomin er ikke uenig i at miljømessige faktorer er viktige, de står som sagt for omtrent halvparten av variansen i det psykologiske utfallet. Han poengterer imidlertid at det ikke er de stabile systematiske og felles miljøfaktorene i familier som har betydning for individuelle psykologiske forskjeller. Det er snarere de tilfeldige og usystematiske hendelsene i livet som har påvirkning på hvem vi blir. Vi ligner våre foreldre og søsken fordi vi ligner på dem genetisk. Vi hadde vært like lik våre genetiske foreldre og søsken dersom vi hadde vokst opp i en adoptivfamilie.

Plomin hevder i tillegg at det som ser ut som miljøeffekter, faktisk ofte speiler genetiske variasjoner. Plomin nevner her det han kaller arv via miljø. Det ser ut til at systematiske miljøpåvirkninger ofte handler om at vi velger miljøer som korrelerer med vårt genetiske grunnlag. Dette tyder på at oppdragelse, utdanning og livserfaringer ikke har noen innvirkning på våre personlighetstrekk, selv om de er meget viktige. De fleste miljøfaktorer som psykologien interesserer seg for, påvirkes i høy grad av genetiske faktorer. Det som ser ut som miljøet i korrelasjoner mellom miljøfaktorer og personlighetstrekk, handler i bunn og grunn ofte om genetiske effekter. Plomin henviser til studier som viser at genetiske faktorer kan forklare omtrent en tredjedel av forskjellene i hvor mye barn ser på TV, samt at sammenhengen mellom foreldres og deres barns skilsmisse er genetisk, og ikke miljømessig.

Den genetiske arvbarheten står altså for den overlegent største systematiske innflytelsen med tanke på det psykologiske utfallet. Genetikken er, ifølge Plomin, den primære årsaken til at mennesker har forskjellige personligheter, forskjellig utgangspunkt for psykisk helse og uhelse, og ulik evne til innlæring, samt ulike kognitive evner. At én faktor forklarer ca. halvparten av variansen i disse komplekse egenskapene, er egentlig uhørt. Andre effektstørrelser innenfor psykologien når sjelden opp til fem prosent.

Plomin understreker imidlertid at mer sjeldne hendelser, som for eksempel å bli mishandlet, eller å bli utsatt for groteske handlinger, selv sagt kan gjøre en enorm forskjell for individet, men forklarer altså ikke mye av variansen i populasjonen totalt.

LA BARN I FRED

Plomin hevder altså at miljøet som foreldrene bidrar med, ikke har noen større betydning for hvordan barna blir. Det er den genetiske arven som er foreldrenes viktigste bidrag. Han understreker imidlertid at foreldrene og deres oppdragelse er svært viktig, til tross for at forskjeller i oppdragelse ikke fører til forskjeller i barnas psykologiske utvikling. Han peker på at foreldre ikke skal prøve å forme barna etter eget ønske, men isteden hjelpe dem med å finne ut av hva de ønsker å gjøre, og hva de er gode til. Foreldre bør hjelpe barn til å bli de mennesker de er. Barna er ikke leirklumper som kan formes etter foreldrenes ønske. Foreldre kan, ifølge Plomin, heller ikke ses som gartnere som pleier blomstene og beskjerer med den hensikt å få et ønskelig resultat. Barneoppdragelse er ikke et middel for å nå et mål. Foreldrene har en relasjon til barna, en av de lengste vi har i livet. Akkurat som med venner og partner så bør den baseres på at vi vil være med barna, ikke forandre dem. Plomin oppfordrer foreldre til å slappe av og nyte samværet med ungene.

GENERALISTGENER

Plomin hevder videre at antakelsen om spesifikke psykiatriske sykdommer eller diagnoser ikke støttes av forskningen. En av den genetiske forskningens største oppdagelser er at det er normalt å være unormal, i den forstand at det ikke finnes kvalitative sykdommer. Det finnes selvsagt sykdommer som kan kobles til enkelte gener, men dette er ikke tilfellet med hensyn til psykisk lidelse, ifølge Plomin. Enhver av oss bærer på mange av de DNA-variantene som bidrar til arvbarheten for psykiske lidelser. Med utgangspunkt i genforskningen finnes det ingen sykdommer å diagnostisere, og ingen sykdommer å kurere. De mange varianter i arvemassen som henger sammen med det vi kaller sykdom, påvirker mennesker i hele normalfordelingen.

Komplekse sykdommer handler om kvantitative egenskaper eller personlighetstrekk, det gjelder også for alvorlige psykiske lidelser som for eksempel schizofreni, bipolaritet og autisme, ifølge Plomin. Genene synes å være generalister. Man har ikke funnet forskjellige gener for for eksempel schizofreni og bipolar lidelse. Forskningen viser at samme gener i mange tilfeller påvirker begge lidelsene. Vi har alle en genetisk risiko for psykiske problemer, men den er kontinuerlig fordelt fra lav til høy risiko.

Det er ikke noe bestemt punkt der den genetiske risikoen slår over i sykdom. Det er kvantitativt, et spørsmål om mer eller mindre. Overgangen til begreper som «autismespektertilstand» og «schizofrenispektertilstand» kan ses som en erkjennelse av den kvantitative, dimensjonale synsmåten.

Genforskningen viser at det later til å finnes tre brede genetiske kluster i den psykiske uhelsens arkitektur. Det første innebærer *internaliserte problemer*, angst og nedstemthet. I det andre finner vi *eksternaliserte problemer*, for eksempel atferdsproblemer, aggressivitet og antisosial atferd samt rusavhengighet. I det tredje inngår psykotiske erfaringer som hallusinasjoner og ekstreme tankeforstyrrelser. Her finner vi også bipolar lidelse, schizofreni og depresjon.

Plomin mener at man i fremtiden bør fokusere på *individuell* utformede behandlinger. Mennesker som har blitt vurdert til å oppfylle kriteriene for samme psykiatriske diagnose, er likevel for forskjellige til at det blir meningsfullt med brede standardiserte diagnosespesifikke behandlinger.

RISIKOPOENGER

I takt med større genstudier og kartleggingen av den menneskelige DNA-sekvensen har forskerne funnet såkalte genetiske risikopoenger for forskjellige tilstander. For schizofreni kan det genetiske risikopoenget foreløpig forutsi sju prosent av variansen i risiko for å få lidelsen. Sju prosent høres lite ut, men forklarer likevel en større del av variansen enn de variabler som tradisjonelt har blitt brukt for å forutse risiko for schizofreni, for eksempel sosial utsatthet, cannabisbruk og barndomstraumer. Et høyttall risikopoeng for schizofreni innebærer ikke at personen nødvendigvis utvikler lidelsen, men risikoen er altså større enn for en person med få risikopoeng. Risikopoenger går utenpå den gjennomsnittlige risikoen i familien og gir en genetisk prognose for hvert individ. Med utgangspunkt i at det begynner å bli mulig med mer treffsikre genetiske prognoser, mener Plomin at det må fokuseres mer på forebyggende tiltak. Dersom vi med hjelp av genetiske risikopoenger kan identifisere mennesker med høy risiko for å utvikle lidelse, så kan vi også intervensere mer effektivt. Genetisk risikopoeng er et skarpere verktøy enn felles familierisiko når man tidlig ser etter problemer i barns utvikling.

Plomins profeti er at den kliniske psykologien kommer til å forandres til det ugjenkjennelige: Genetiske risikopoeng flytter fokus fra symptom til årsaker, fra diagnoser til dimensjoner, fra samme behandling for alle til skreddersydde behandlinger for hvert individ, fra behandling til forebyggende tiltak, og fra å fokusere på sykdom til en positiv vektlegging av helse. Boken avsluttes med en diskusjon om etiske problemstillinger med kartleggingen av vårt DNA.

NYE TENKEMÅTER

Boken byr på spennende lesing da den stiller spørsmål ved enkelte godt etablerte måter å tenke på i psykologifeltet. I så måte åpner Plomins konklusjoner for nye perspektiver og tanker som kan endre måter psykologer intervenserer på. Det sies spøkefullt at det aldri er for sent å få en dårlig barndom, det kan ordnes ved å gå til en psykolog. Det er mulig psyko-

logstanden lenge har lagt for stor vekt på miljømessige aspekter i pasientens oppvekst, eksempelvis relasjonen til foreldrene som forklaring på de problemer og personlighetsmessige utfordringer som pasienten strever med. En for ensidig forståelsesmodell av menneskers indre problemer og atferd kan virke låsende og føre til feilvurderinger og feilaktige tilbakemeldinger til pasienter. Plomins konklusjoner åpner potensielt for mer oppmerksomhet omkring betydningen av tilfeldige hendelser utenfor familien, og mekanismer som opprettholder pasientens problemer.

Plomin problematiserer deler av nåtidens tenkning rundt diagnostisering og behandling av psykisk lidelse, noe som kan oppleves som en utfordring, men også som bekreftelse for den enkelte kliniker. De fleste psykologer som har jobbet med såkalt utredning i en poliklinisk setting, er sannsynligvis godt kjent med hvor vanskelig det kan være å vurdere diagnostikk når terrenget ikke passer med kartet. Det helsepolitiske mottoet om at lik diagnose skal innebære lik behandling, faller også på sin egen urimelighet med utgangspunkt i Plomins budskap.

Plomin mener at samværet med barna bør baseres på at vi vil være med dem, og at vi hjelper dem til å finne ut av hva de ønsker å gjøre, og hva de er gode til. Undertegnede oppfatter at Plomin beskriver et ikke-narsissistisk familiemiljø her. Dette er et miljø som karakteriseres av spesielle egenskaper. Her kan vi oppfatte en motsigelse i Plomins budskap. Han sier på den ene siden at miljøet som foreldrene bidrar med, ikke har noen større betydning for barnas utvikling. Samtidig sier han at foreldrene og deres oppdragelse er svært viktig, og peker på at et familiemiljø preget av kjærlighet til og omtanke for barna, faktisk har stor betydning for hvem de blir.

Uansett kan Plomins budskap virke befriende og kan bidra til å dempe eventuell uro og skyldfølelser hos nåtidens foreldre. Det er for tiden et sterkt fokus på barns psykologiske behov gjennom foreldrehåndbøker, teorier om sosialisering og et muligens overdrevent fokus på trygghet, inntoning og romming. Dette kan skremme foreldre til å tro at de må opptre perfekt, og at én feil kan ødelegge livet til barnet. Det kan også være befriende for foreldre å ta avstand fra illusjonen om at et barns fremgang senere i livet er avhengig av hvor hardt det blir presset i oppveksten. ✘

Vekten av hverdag

Når pasienter blir møtt som alminnelige mennesker, får de mulighet til å utvikle en annen identitet, mener forfatteren av boken *Bedringens sosiologi*.



BOK *Bedringens sosiologi*. Om potensialet i hverdagslig samhandling

FORFATTER

Astrid Skatvedt

ÅR 2020

FORLAG

Fagbokforlaget

SIDER 155

HVA ER DET som skjer i menneskemøter og i samhandling som skaper bedring? Spørsmålet er utgangspunktet for boken *Bedringens sosiologi*. Svaret finnes ifølge forfatteren i en hverdagsresponsivitet som er det motsatte av terapeutiske metoder, teknikker eller manualer. Denne uåtgripelige kvaliteten, som ligger til grunn for alle allmenmenneskelige sosiale prosesser som bidrar til bedring og velvære, forklarer forfatteren ved å analysere hverdagsmøter i lys av sosiologiske teorier.

For å undersøke hvordan bedring skjer, bruker forfatteren teorier om sosiale prosesser, konstruksjon av identitet, hverdagslige ritualer som gir emosjonell energi, sosial responsivitet og utdrag fra etnografisk feltarbeid ved institusjoner for personer med rusavhengighet og psykiske helseproblemer. Hun mener hverdagsresponsivitet bidrar til bedring når den fungerer som en omvendt stemplingsprosess, der pasienter og brukere med «skrinne identiteter og skjøre selv» opplever at de blir møtt som alminnelige mennesker og dermed får muligheten til å utvikle en annen identitet og god selvfølelse.

GODE EKSEMPLER

Boken tilbyr illustrerende eksempler på hverdagsresponsivitet. Ett av dem er Petter, som tror at behandlingsoppholdet hans har virket fordi han har opplevd åndsnærhet – et sted der sjeler møtes – istedenfor å bli møtt med «sosionompreik». Et hjerteskjærende eksempel på manglende hverdagsresponsivitet er Agnes og hennes hverdagslige samhandling, som nesten utelukkende besto av hjemmesykepleiere som kom innom i gangen hennes noen minutter tre ganger om dagen, kun for å gi henne medisiner. Agnes var dypt deprimert og hadde så høy angst at hun ikke klarte å komme seg

til angstmestringstiltak. På spørsmål om hva som kunne hjelpet henne, svarte hun: «En å prate med, eller bare være stille sammen. Det skal ikke så mye mer til enn et *smil*. Av og til. Smil. Liksom.»

Forfatteren mener hverdagsresponsivitet er verdifullt fordi den gir personer med «skrinne identiteter og skjøre selv» muligheten til å oppleve seg selv som alminnelig. Men jeg tror at effekten av den hverdagsresponsiviteten som forfatteren beskriver, like gjerne kan skyldes at personene opplever å bli møtt og behandlet som verdifulle. Det teoretiske rammeverket, og særlig fokuset på identitetskonstruksjon og analytiske kategorier som «normal», «unormal» og «avviker», tror jeg kan tilsløre hvorfor samhandling og sosiale erfaringer bidrar til bedring. Differensierende identiteter risikerer å stemple og ekskludere. I tillegg kan de skygge for den «situasjonelle» forståelsen av samhandling som forfatteren prøver å fremme, der det er situasjonene vi deltar i, og rammene for dem, som sier hvem vi er, og ikke omvendt.

SÅRBARE SITUASJONER

Det som kjennetegner alle personer «som mottar, eller har behov for en eller annen form for oppmerksomhet eller omsorg fra velferdsstaten», er ikke nødvendigvis en identitet som en skrinne eller skjøre avviker, men heller erfaringen av å være i en sårbar situasjon. Kan ikke disse personene heller defineres som verdifulle i kraft av det å være menneske med et ubrukt og uutviklet potensial istedenfor potensielt normal? Jeg vil tro at et positivt ladet humanistisk menneskesyn kombinert med en situasjonell forståelse av hvordan hverdagsresponsivitet kan bidra til bedring, vil motivere både pasienter, ansatte og politiskbyråkratisk ledelse til

ANMELDT AV

Birgit Undem



SE OG BLI SETT Hverdagslig samhandling er også en del av helsetjenestene. Responsiviteten til ansatte er viktigere enn terapeutiske metoder og teknikker, mener Astrid Skatvedt. Foto: Alonafoto / Shutterstock / NTB Scanpix

responsiv, autentisk og sjenerøs samhandling. Det å skulle ha som mål å alminneliggjøre personer som enten mottar fra andre eller gir seg selv en identitet som unormal eller avviker, virker tvert imot defensivt.

En slik forståelsesramme ville passet bedre med både tankers og følelser flyktige natur samt relasjonelt utløste implisitte traumeminner, som så ofte utfordrer nettopp samhandling basert på ideen om identiteter. Den åpner for øyeblikkets potensielle relasjonelle magi, som forfatteren mener er så avgjørende. Samtidig vil den kanskje i større grad dessuten kunne motvirke responsløse, likegyldige og ekskluderende holdninger som følge av dehumaniserende fagkunnskap og praksis og instrumentell styringslogikk, som boken også problematiserer.

Bedringens sosiologi synliggjør hvorfor hverdagsresponsivitet er viktig, gjennom de mange nyanserte observasjonene av samhandling. Til tross for at jeg mener at bokens teoretisering ikke forklarer hvordan hverdagsresponsivitet bidrar til bedring, åpner den et verdifullt rom for å stille spørsmål og reflektere rundt det som mange tilsynelatende tar for gitt eller ikke er seg bevisst. Boken anbefales både til de som vil la seg inspirere til å bidra til hverdagsresponsivitet, og de som mener at relasjonskompetanse er noe alle har. Den uttalte målgruppen er studenter og ledere ved helse- og sosialutdanninger. Men boken kan forhåpentligvis også anspore ledere i offentlig virksomhet til å begynne å tenke nytt om hvordan de best kan konseptualisere, kvantifisere og fordele behandlings- og omsorgsressurser og resultater. ✘

”

Boka synliggjør hvorfor hverdagsresponsivitet er viktig, gjennom de mange nyanserte observasjonene av samhandling

Grundig om utviklingspsykologi

Forfatteren har en imponerende mengde kunnskap om psykologisk utvikling, og evner å presentere den i en form som er tilgjengelig både for psykologistudenter og for den allmenne leser.



BOK *Barne- og ungdomspsykologi. Typisk og atypisk utvikling*

FORFATTER

Stephen von Tetzchner

ÅR 2019

FORLAG Gyldendal

SIDER 440

ANMELDT AV Lars M. Rimol, psykolog, ph.d., førsteamanuensis ved Institutt for psykologi, NTNU

SOM FORELESER I utviklingspsykologi er jeg alltid på utkikk etter egnet pensumlitteratur, og denne boken er en god kandidat. Det er slående hvordan forfatteren har greid å gjøre teksten tilgjengelig for den populærvitenskapelig interesserte leser og samtidig dyptpløyende nok til at den kan fungere som lærebok for psykologistudenter. Den er pedagogisk lagt opp med en oppsummering på slutten av hvert kapittel samt en kort oversikt over de viktigste temaene og forslag til videre lesning. Den inneholder også vitenskapelige referanselister for den som ønsker å fordype seg videre.

INNHOLDSRIK

Boken inneholder i alt 26 kapitler som dekker alle de tradisjonelle områdene innenfor utviklingspsykologi, samt noen nyere tema. Den starter med en generell innføring i faget, så kommer en oversikt over de teoretiske perspektivene som har dominert, og dominerer, utviklingspsykologien, og deretter et kapittel om metodologi, som etterfølges av et kapittel om vansker hos barn og ungdom. Sammen-

lignet med von Tetzchners velkjente lærebok *Utviklingspsykologi* inneholder denne boken mer stoff om atypisk utvikling og dekker både fysisk funksjonshemming, nevrologiske utviklingsforstyrrelser og adferdsvansker og ulike former for avhengighet. Sentralt står erkjennelsen av at atypisk fungering ikke bare reflekterer medfødt eller ervervet skade, men at slike skader kan påvirke samspillet med omgivelsene og forstyrre hele det etterfølgende utviklingsforløpet. Deretter følger kapitler om genetikk, fosterutvikling og hjernens utvikling. Fremstillingen her er oversiktlig og får frem de dynamiske aspektene ved sentralnervøs plastisitet hos mennesket. Kapitlet om hjernen er oppdatert med moderne hjerneavbildningsmetoder, som er et pluss. Så kommer 17 tematisk organiserte kapitler om motorisk, perseptuell, kognitiv, emosjonell og sosioemosjonell utvikling og tilknytning, samt personlighets-, moral- og identitetsutvikling. Boken avsluttes med et samtidsrelevant kapittel som drøfter hvordan moderne massemedier påvirker barn og ungdoms utvikling og deres forståelse av samfunnet.

LETTLEST, MEN

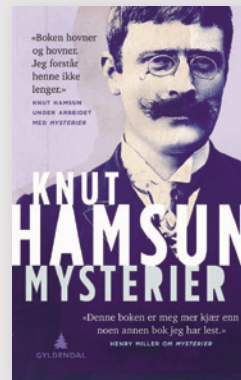
Tetzchner skriver i forordet at flere av hans andre bøker kan ses som en videreføring av perspektiver i denne boken. Gitt at *Barne- og ungdomspsykologi* er hans siste bok, er dette en litt underlig formulering, men det betyr sannsynligvis bare at den inneholder en kortere og mindre detaljrik fremstilling enn hans tidligere bøker. Dette gjør nok teksten mer oversiktlig og kanskje lettere å lese enn for eksempel læreboken *Utviklingspsykologi*, noe som kan være en fordel hvis den vurderes for førsteårsstudenter. På den annen side ofres dermed noe av detaljrikdommen fra læreboken.

Jeg vil legge til at det er viktig at vi bevarer et psykologisk fagspråk på norsk, og det gjelder ikke bare for utviklingspsykologien. Derfor er det verdifullt å ha norske fagbøker som alternativ til de engelskspråklige variantene, og i det perspektivet kan denne boken også anbefales som et supplement for studenter som bruker en av de mange engelskspråklige lærebøkene.

GLOBALT PERSPEKTIV

Det er flere mulige måter å fremstille utviklingspsykologien på. Man kan for eksempel – i fravær av en allment akseptert metateori – organisere stoffet ut fra ulike teoretiske perspektiv og gå gjennom hver teori for seg. Evolusjonspsykologer vil kanskje hevde at det finnes en slik metateori, som også gjelder for psykologien i sin helhet. Tetzchners bok er derimot tematisk organisert, etter de innledende kapitler om metode og biologi, og presenterer ulike teoretiske perspektiv side om side. Dette inkluderer evolusjonspsykologien, som fremstilles som en nativistisk teori blant konkurrerende teorier. Det skal også nevnes at Tetzchner i bokens første kapittel kommer inn på globaliseringens konsekvenser for psykologisk vitenskap, spesielt motsetningen mellom vestlig individorientering og kollektivistiske levemåter. Tetzchner fremholder at tverrkulturelle studier er viktige for å forstå forholdet mellom biologi og miljø i utviklingen, men bokens perspektiv er helt klart vestlig. I så måte representerer den et alternativ også til kulturpsykologiske fremstillinger som nærmer seg sosialantropologien. ❌

KLASSIKEREN



Å ha et sinn er en strevsom ting

Knut Hamsun: *Mysterier* (1892)

Vi har alle vårt, men noen av oss har mer. Hamsun hadde mer enn nok; en personlighet på godt og vondt, der geni og nevroser levde side om side. Aldri gikk forfatteren lenger i å skrive ut sine indre knuter og innfall enn i *Mysterier*, der de ble fulgt til sin ytterste konsekvens. Underveis må han ha stilt det iblant undervurderte spørsmålet: «Kanskje er det jeg som er problemet her?» Hamsun returnerte heller aldri til skissen av den hudløse eksentrikeren som går til grunne i sin egen identitetskrise. Kanskje ble han skremt av det han fant, kanskje skrev han seg ferdig.

For meg er *Mysterier* en bok om undring, og om selvbevissthetens velsignelser og forbannelser. Boken bidro til at det å søke forståelse og kunnskap om menneskers indre liv ble min karrierevei. Mange år med studier og arbeid er gått, men jeg vet ikke om jeg har blitt så veldig mye klokere. Jeg blir slått av den samme forbløffelsen når jeg igjen hilser på Johan Nilsen Nagel. Figurens ekstase, fortvilelse og undergang er blitt tolket av mange, der den sikreste konklusjonen trolig er at Hamsuns beskrivelse av sine mysterier lar oss speile våre egne.

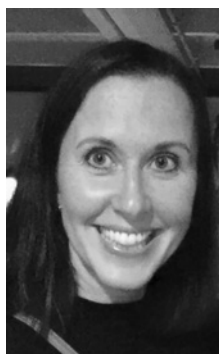
Boken er langt mer enn et kasus for psykologer, men leseropplevelsen fanger essensen av terapeutens virke: å fordype seg i en annens indre verden, identifisere sentrale mønstre, for så å finne at man må tilbake til tegnebrettet igjen. Jeg tror boken kan motivere mang en trøtt og tapper behandler i psykisk helsevern, for et sted mellom endeløse dokumentasjonskrav og frister møter vi sinnets mysterier.

Psykolog ved Follo DPS Bjørn Holmøy utfordrer Silje Stevens, psykolog ved Kronstad DPS, til å ta stafettpippen videre.

MINNEORD

INGEBJØRG BJERKEM ROEL

1979–2021



KOLLEGIET VED KLINIKK for psykisk helsevern og rus, Sykehuset Levanger, mottok i februar en sjokkerende beskjed om at Ingebjørg var alvorlig syk. Kun én uke etter dette var livet over, og det er fortsatt uvirkelig å ta det innover oss.

Ingebjørg Bjerkem Roel ble 41 år gammel, hun var opprinnelig fra Namdalseid, men bodde på Steinkjer med sin samboer og tre barn.

Ingebjørg ble ansatt i Helse Nord-Trøndelag ved Sykehuset Levanger som nyutdannet psykolog fra januar 2007. Hun gjennomførte profesjonsstudiet ved NTNU og fikk autorisasjon som psykolog i april 2007.

I Helse Nord-Trøndelag startet hun å jobbe ved seksjon allmenn sengepost ved Klinik for psykisk helsevern og rus, Sykehuset Levanger. Der var hun alene om ansvaret for psykologtjenesten ved sengeposten. Tidlig i karrieren ble det tydelig at Ingebjørg var en særdeles dyktig psykolog. Etter å ha jobbet i 1 1/2 år ved sengeposten, startet hun som poliklinisk behandler, først ved sykehuset Levanger og fra november 2009 ved poliklinikken med lokalisasjon ved Høvdinggården på Steinkjer. Hun hadde permisjoner fra denne jobben både da hun fikk sine barn, og da hun i ett år jobbet på barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP) ved Sykehuset Levanger. I august 2013 ble hun godkjent psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi.

Ingebjørg har hatt høy arbeidsmoral og god arbeidskapasitet i hele yrkeskarrieren. Hun har i jobben som psykologspesialist vært behand-

ler for mange pasienter og i samarbeidet med kolleger deltatt i mange pasientforløp. I sitt arbeid har hun vært usedvanlig pliktoppfyllende og ansvarsbevisst. Hun var ansett som en kompetent og faglig godt oppdatert psykolog. Som kollega var hun en trygg fagperson og var spesielt godt likt som veileder for både nyansatte psykologer og andre yrkesgrupper.

Vi som har jobbet sammen med Ingebjørg i mange år, har lært henne å kjenne som usedvanlig positiv og omsorgsfull. Hun hadde et strålende smil og et svært vennlig vesen og viste mye omsorg for sine kolleger. Det var godt å være sammen med Ingebjørg, og alle følte seg sett og bekreftet av henne. Hun var en oppmerksom lytter og spurte ofte om hvordan det gikk med oss og familiene våre. Når hun veiledet nye ansatte, var hun raus med ros for arbeid som hadde blitt utført tilfredsstillende, men hun kunne også gi konstruktiv kritikk for det som kunne forbedres. I teamarbeid var hun løsningsorientert og på behandlingsmøter alltid godt forberedt. Hun var alltid villig til å gå inn og bistå ved kompliserte saker.

Ingebjørg var svært glad i og opptatt av barna sine og delte ofte sine opplevelser om dem. Vi fikk høre om det som gjorde henne stolt, og det som hun som mor kunne være bekymret for. Selv om hun var en svært dyktig fagperson, var det tydelig at det var familien og barna som var hennes førsteprioritet.

Hun var en av de sprekeste psykologene ved vår klinikk. Hun trente ofte og fulgte opp barna i sport og fritidsaktiviteter. Det er kanskje også derfor det har vært så ekstra sjokkerende for oss at hun kunne gå fra å være en tilsynelatende frisk kollega til å bli syk og dø etter så kort tid.

Det er et tomrom blant kollegene ved Klinik for psykisk helsevern og rus ved Sykehuset Levanger. Ingebjørg kan ikke erstattes, og vi vil savne vår gode kollegas smil og glede og hennes faglige innspill. Vi har mistet et svært høyt skattet medarbeider og kollega i tillegg til en god venn.

Vi lyser fred over Ingebjørg Bjerkem Roels minne.

Klinikk for psykisk helsevern og rus, Sykehuset Levanger HF



Pearson



Digital vurderingsskala som er utformet til bruk med barn og ungdom med forskjellige fysiske eller atferdsmessige tilstander.

pearsonclinical.no/pedicat-no

BROWN

EXECUTIVE FUNCTION / ATTENTION

SCALES™

I april blir nye Brown EF/A lansert! Vurderingsskalaene er utviklet for kartlegging av vansker med eksekutive funksjoner og ved ADHD.

Finnes nå i Q-global.

pearsonclinical.no/brown-info

Vil du avtale et digitalt møte med psykologene våre?

Kontakte oss her:
www.pearsonclinical.no/infonyetest

www.pearsonclinical.no

Sandvika Nevrosenter

Avtalespesialistene



Kontor til leie for avtalespesialist i psykologi:

Sandvika Nevrosenter – Avtalespesialistene, med 3 avtalespesialister i nevrologi, har ledig kontor for psykolog (evt. nevropsykolog) med driftstilskudd. Vi kan tilby et godt kontor i et hyggelig fagmiljø hvor vi kan samarbeide om felles pasienter. Kontorene har attraktiv beliggenhet i Helsetorget i Sandvika Storsenter. Gunstige leievilkår.

Kontakt informasjon: nevrolog Einar Kinge,
e-post ek@sandvikanevrosenter.no, tlf. 922 09 392.
<https://www.lhl.no/sandvika-nevrosenter/avtalespesialistene/>

Kronisk traumatisering og traumerelatert dissosiasjon

12 dagers kursrekke (4x3 dager) med Arne Blindheim og Marianne Straume (psyk. spes.)

Bergen, november 2021 – september 2022

For mer informasjon om kurset og om påmelding, gå til: www.krisepsykologi.no eller skriv e-post til: ar-blind@online.no

SpesialistSenteret Pilestredet Park



Ledige lokaler for spesialist

Lokalisert i Pilestredet Park 12 A (gamle Rikshospitalet) har vi ledig plass for spesialist med avtale med Helse Sør-Øst. Vi er 6(7) spesialister hhv. kardiolog, nefrolog, 2 endokrinologer og 2(3) gynekologer.

Vi har ledig lyse, innbydende og praktisk innrettede lokaler hhv. 40 og 12 m² fra 01.09.2021. Sentralt beliggende i Oslo sentrum.

Vi kan tilby et hyggelig og inspirerende faglig miljø, dyktige helsesekretærer med godt innarbeidede rutiner. I tillegg har vi Først tappestasjon (blodprøver) mandag–torsdag.

Kontaktperson: Zoran Radunovic
mobil: 412 43 659

Søknadsfrist: **01.05 2021**



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Sett av datoene for årets SEMINAR og ÅRSMØTE i Forening for psykologer i privat praksis (FPP)

**21.–23. oktober på hotell
Funken Lodge, Longyearbyen,
SVALBARD**

Årets tema: **Utviklingstraumer
i et livsløpsperspektiv**
Dag Nordanger, RVTS Vest

- I samarbeid med Hurtigruten Svalbard blir det satt opp muligheter for utflukter; båtturer (Barentsburg, Pyramiden), hundesledetur, hunder & hav, besøk i kullgruve, m.m. Deltakelse for egen regning.
- Dark Season Blues, den årlige bluesfestivalen i Longyearbyen, finner sted samme uke, for de som kunne tenke seg det.

Vi legger i år ut informasjon tidligere enn vanlig, slik at deltakerne får anledning til å bestille flybilletter i god tid. Deltakelse på seminaret krever medlemskap i foreningen. Det vil bli anledning til å bestille rom på Funken Lodge (til seminarpris) og booke utflukter på en egen nettside. Informasjon om nettsiden, påmelding til seminaret, frister, m.m. kommer på e-post og i Psykologtidsskriftet i juni. Seminaravgiften vil bli betydelig subsidiert. Grunnet seminarstart og flytider anbefales ankomst senest onsdag. Det tas forbehold om koronasituasjonen. Påmeldte får beskjed om eventuell kansellering i slutten av august, og får da seminaravgiften i retur.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

UTDANNINGSAVDELINGEN

JUBILEUMSKONFERANSE IBUP 30 ÅR

GHOSTS IN THE NURSERY TRAUMER I ET FLERGENERASJONSPERSPEKTIV

17-18 SEPTEMBER 2021
VOKSENÅSEN KONFERANSEHOTELL, OSLO

Inger Sitter : Lys, 1967

Fredag 17. september 2021

- 08.30–09.00 Registrering – kaffe
09.00–09.15 Velkommen
09.15–10.30 Amanda Jones: "The power of ghosts in parent-baby relationships"
10.30–11.00 Pause
11.00–12.15 May Nilsson: "Simultaneous psycho therapy with an autistic boy and his parents".
12.15–13.30 Lunsj
13.30–14.30 Parallele sesjoner: (Spedbarn-barn-ungdom-familie)
Karoline Tysnes: «Å bli til – i møte med de nære»
Henrik Kamphus: «Gryende forståelse av enactment og sadomasokistisk samspill – en barneanalyse av et latensbarn»
Per Are Løkke: «Mor, det du glemte ble min hukommelse»
Unni S. Blom og Anne Kløve: «Syndebukkgjøring i familien – arbeid med traumer i et generasjonsperspektiv i BUP»
14.30–14.45 Pause
14.45–16.00 Agnes Hodi: "Seeing the Invisible, Chapters from a child analysis"
16.00–16.15 Pause
16.15–17.30 Liselotte Grünbaum: "Parental trauma and monsters in mind of a young child in therapy"
18.45–19.30 Torhild Leira – IBUPs historie – i dialog med Kjersti Brænne.
19.30 Jubileumsmiddag

Lørdag 18. september 2021

- 09.15–10.30 Amanda Jones: "A way of thinking about power in parent-baby relationships"
10.30–11.00 Pause
11.00–12.15 Liselotte Grünbaum: "20 years later – Recollections of childhood anxieties, therapy, and later development"
12.15–13.30 Lunsj
13.30–14.45 May Nilsson: "How children's difficulties can be understood from a multigenerational perspective. Clinical experience and assessment."
14.45–15.00 Pause
15.00–15.25 Linda Beate Havmøller: Presentasjon av IBUPs pilotprosjekt: «Korttids psykoanalytisk psykoterapi med ungdom (STPP)»
15.30–16.00 Fredrik Cappelen: «Spøkelser i Karl Ove Knausgårds «Min kamp» – om å skrive, dele og integrere generasjonstraumen»
16.00–16.15 Avslutning

Påmelding og mer info:
www.ibup.no/jubileumskonferanse



Digitalt kurs

1. juni 2021 | kl. 13.30–15.30 | Gratis

Introduksjonskurs:
**Behandling av komplisert sorg/
 forlenget sorgforstyrrelse**

Kurset passer for klinikere som ønsker å lære mer om sorgbehandling.

Kurset er gratis, men krever påmelding.

www.uio.no/cgt

 **UiO** : Universitetet i Oslo
  **NSSF**
 



NORSK PSYKOLOG FORENING

Stempel med medlemslogo for psykologer

Som medlem av Norsk psykologforening kan du skaffe deg stempel med medlemslogo. Et stempel som viser at du er medlem av Psykologforeningen skal være et kvalitetsstempel, og kan for eksempel brukes til fakturaer, rapporter og innkallingsbrev.

Stempel kan kjøpes hos Aksess & Daylight as for kr 345. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 1075. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.

For bestilling av stempel – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til marit@strommes.no





Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **3. mai**, frist for å bestille annonse til mai-utgaven er **19. april**

Kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på www.psykologforeningen.no
Min medlemside

eller send e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no

INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

For psykologar og legar blir det hausten 2021 sett i gang:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR:

OSLO 1 – seminarleiar blir Tove Kjersti Kjølseth

OSLO 2 – seminarleiar blir Carl Fredrik Gamst

STAVANGER - seminarleiar blir Liv Ørbeck

2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR:

OSLO 1 – seminarleiar blir Eystein Victor Våpenstad

OSLO 2 – seminarleiar blir Jon Morgan Stokkeland

TROMSØ – seminarleiar blir Ole Johan Finnøy

Innføringsseminaret gjev ei generell innføring i psykoanalytisk og psykodynamisk teori, intervjueteknikk, evaluering og terapi. Som ledd i utdanninga blir det kravd at kandidatane i heile seminarperioden arbeider med psykoterapi med enkeltpasientar (vaksne) under kvalifisert vegleiing (definert og godkjent av IFP). Det er ønskeleg med minimum to års klinisk praksis frå psykisk helsevern før opptak.

- Innføringsseminaret omfattar 196 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar. Desse blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår på faste vekedagar, 11 pr. år. Spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Vidaregåande seminar bygge på innføringsseminaret og gjev ei teoretisk fordjuping med større vekt på det kliniske arbeidet. Ved sidan av dei ovanfor nemnde rammene for innføringsseminar skal kandidaten gå i ikkje-trygdefinansiert lærebehandling godkjent av instituttet. Det er ønskeleg at lærebehandlinga er starta før igangsetting av vidaregåande seminar. For opptak på vidaregåande seminar er det nødvendig med anbefaling i vegleiingsattest frå innføringsseminaret.

- Vidaregåande seminar omfattar 196 undervisningstimar over 4 semester. Det er organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar som blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår vanlegvis på faste vekedagar, 11 pr. år. Spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Det blir kravd gode kunnskapar i norsk munnleg og skriftleg. Faglitteraturen er i hovudsak på engelsk. Vi ber søkarar om å sette seg godt inn i utdanninga sine rammer. Fullstendig informasjon om utdanninga sitt innhald finns på Instituttet si heimeside www.instpsyk.no.

Les undervisningsplanen her: <http://www.instpsyk.no/utdanning/undervisningsplan-for-kandidatutdanningen-gjeldende-fom-seminarer-som-starter-i-2017/>

Seminaravgift er kr 12 000,- pr. semester.

Søknadsfrist: 21. mai 2021.

Søknad skal sendast via heimesida:

<https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/>

For nærmare informasjon:

Telefon 22 58 17 70 eller e-post: sekr@instpsyk.no eller und-leder@instpsyk.no



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region sør

Psykolog/psykologspesialist

100 % fast stilling i Drammen

Vil du jobbe med utsatte familier og ungdommer?

Barne-, ungdoms- og familieetaten har egne enheter som driver med Treatment Foster Care Oregon (TFCO). Dette er en evidensbasert, tidsavgrenset og familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Metoden er utviklet som et alternativ til institusjons- eller annen gruppe-basert plassering. Ungdommen plasseres i et behandlingshjem som mottar tett oppfølging fra behandlingsteamet. Det arbeides samtidig med familie og øvrige relevante systemer rundt ungdommen, med målsetting om at ungdommen skal flytte hjem i løpet av behandlingstiden på 9-12 måneder.

Behandlingsteamet består av behandlingsleder, familierapeut, individualterapeut for ungdommen, ferdighetstrener for ungdommen og behandlings-hjemskonsulent. Implementeringen av TFCO i Norge ledes av Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familieetaten. Behandlingsleder og terapeuter er tilgjengelig for behandlingshjem, ungdom og familier 24 timer i døgnet, 7 dager i uken.

Hva får du jobbe med hos oss?

- Individualterapi med ungdommer etter TFCOs behandlingsprinsipper og praksis.
- Familierapi etter TFCOs behandlingsprinsipper og praksis.
- Deltakelse i utarbeidelsen av individuelle behandlingsplaner for ungdommer/familier i TFCO.
- Være tilgjengelig for ungdommer/familier.
- Deltakelse på ukentlige behandlingsmøter.
- Dokumentere/journalføre kliniske planer og aktivitet.

- Deltagelse i kvalitetssikringssystemet.
- Utføre andre løpende arbeidsoppgaver.
- Vikariere for behandlingsleder ved behov.

Hvilken bakgrunn har du?

- Godkjent profesjonsutdanning i psykologi kreves.
- Det er ønskelig med erfaring fra arbeid med barn/ungdom med atferdsvansker og arbeid med familier.
- God kjennskap til metodens teoretiske fundament, dvs. systemteori, kognitiv terapi og sosial læringsteori.
- Det er et krav med førerkort klasse B.

Hvem ser vi etter?

- Du må ha evne til å arbeide som en del av et behandlingsteam, være målrettet, systematisk og ha god skriftlig og muntlig fremstillingsevne på norsk og engelsk.
- Du må ha evne til å skaffe deg oversikt, jobbe strukturert og planmessig.
- Du må ha refleksjonsevne.
- Du må ha evne til å inspirere og engasjere.
- Du må være initiativrik og resultatorientert.
- Du må også ha stor arbeidskapasitet.
- Det vil bli lagt avgjørende vekt på personlig egnethet og gode samarbeidsevner.
- Hensynet til kjønnsbalanse kan bli tillagt vekt.

Kontaktinformasjon:

- Axel Helvig, behandlingsleder TFCO Drammen, tlf 466 10 886.
- Kyrre Lønnum, spesialrådgiver NUBU, tlf 930 90 451.

Søknadsfrist: 25.04.2021.

Se fullstendig utlysning og søk stillingen på www.bufdir.no



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region midt

Psykolog/psykologspesialist

100 % fast stilling

Vil du være en del av TFCO-teamet i Trondheim?

Barne-, ungdoms- og familieetaten har egne enheter som driver med Treatment Foster Care Oregon (TFCO). Dette er en evidensbasert, tidsavgrenset og familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Metoden er utviklet som et alternativ til institusjons- eller annen gruppe-basert plassering. Ungdommen plasseres i et behandlingshjem som mottar tett oppfølging fra behandlingsteamet. Det arbeides samtidig med familie og øvrige relevante systemer rundt ungdommen, med målsetting om at ungdommen skal flytte hjem i løpet av behandlingstiden på 9-12 måneder.

Behandlingsteamet består av behandlingsleder, familieterapeut, individualterapeut for ungdommen, ferdighetstrener for ungdommen og behandlings-hjemskonsulent. Implementeringen av TFCO i Norge ledes av Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU) i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familieetaten. Behandlingsleder og terapeuter er tilgjengelig for behandlingshjem, ungdom og familier 24 timer i døgnet, 7 dager i uken.

Hva får du jobbe med hos oss?

- Individualterapi med ungdommer etter TFCOs behandlingsprinsipper og praksis.
- Familieterapi etter TFCOs behandlingsprinsipper og praksis.
- Deltakelse i utarbeidelsen av individuelle behandlingsplaner for ungdommer/familier i TFCO.
- Være tilgjengelig for ungdommer/familier.
- Deltakelse på ukentlige behandlingsmøter.
- Dokumentere/journalføre kliniske planer og aktivitet.

- Deltagelse i kvalitetssikringssystemet.
- Utføre andre løpende arbeidsoppgaver.
- Vikariere for behandlingsleder ved behov.

Hvilken bakgrunn har du?

- Godkjent profesjonsutdannelse i psykologi kreves.
- Det er ønskelig med erfaring fra arbeid med barn/ungdom med atferdsvansker og arbeid med familier.
- God kjennskap til metodens teoretiske fundament, dvs. systemteori, kognitiv terapi og sosial læringsteori.
- Det er et krav med førerkort klasse B.

Hvem ser vi etter?

- Du må ha evne til å arbeide som en del av et behandlingsteam, være målrettet, systematisk og ha god skriftlig og muntlig fremstillingsevne på norsk og engelsk.
- Du må ha evne til å skaffe deg oversikt, jobbe strukturert og planmessig.
- Du må ha refleksjonsevne.
- Du må ha evne til å inspirere og engasjere.
- Du må være initiativrik og resultatorientert.
- Du må også ha stor arbeidskapasitet.
- Det vil bli lagt avgjørende vekt på personlig egnethet og gode samarbeidsevner.
- Hensynet til kjønnsbalanse kan bli tillagt vekt.

Kontaktinformasjon:

- Ingrid Sirevåg Olsen, behandlingsleder TFCO Trondheim, tlf 466 15 715.
- Kyrre Lønnum, spesialrådgiver NUBU, tlf 930 90 451.

Søknadsfrist: 23.04.2021.

Se fullstendig utlysning og søk stillingen på www.bufdir.no



Herøy kommune i Møre og Romsdal er perla yst i storhavet på Sunnmøre. Vi har eit breitt kultur-, fritid- og idrettstilbod med festivalar og arrangement for alle. Naturen og kysten vår er vakker, og Runde med det mektige fuglefjellet er den store stoltheita vår!

Kommunepsykolog

Herøy kommune, Barn-familie og helse

Arbeidsoppgåver

- Helsefremjande og forebyggjande arbeid i tverrfaglig samarbeid
- Rettleiing og fagstøtte til ulike profesjonsgrupper i kommunen
- Deltaking i system-, planarbeid og fagutvikling
- Klinisk arbeid, kartlegging og behovsavklaring
- Rask psykisk helsehjelp

Kvalifikasjonar og personlege eigenskapar

- Offentlig godkjenning/autorisasjon som psykolog/psykologspesialist
- Engasjement for tidleg innsats og tverrfagleg samarbeid
- Relevant kompetanse og/eller erfaring med tidleg intervensjon, forebyggjning og helsefremjande arbeid knytt til psykisk helse og rus
- Gode samarbeidsevne og evne til å jobbe strukturert og sjølvstendig
- God munnleg og skriftleg kommunikasjon
- Du må ha sertifikat klasse B og kunne disponere eigen bil
- Vi ynskjer ein person som er «trygg nok i egne sko» til å utgjere ein forskjell på born og unge sine arenaer i Herøy kommune
- Du må like å jobbe med barn og unge og dei som er rundt desse

Vi tilbyr

- Spannande stilling der du vil ha ei viktig rolle i å vidareutvikle det førebyggjande arbeidet og tenestetilbodet til målgruppa
- Kompetente medarbeidarar i eit aktivt og engasjerande miljø
- Rettleiing og tett samarbeid med eksisterande kommunepsykolog
- Stor grad av autonomi med omsyn til arbeidsoppgaver
- Deltaking i nettverkssamlingar og andre aktivitetar i regi av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
- Tilrettelegging for spesialisering for psykolog som har behov for dette
- Fleksibel arbeidstid og gode pensjonsordningar
- Lønn etter avtale og gjeldande regelverk

Søklarliste kan verte offentleggjort. Tilsetjing etter nærare avtale.

Kontaktinformasjon: Runa Bakke, avdelingsleiar, tlf. 916 21 147 og Ivar Ørstavik, kommunepsykolog, tlf. 916 36 698, e-post ivar.Orstavik@heroy.kommune.no

Se fullstendig utlysning og søk på stillingen på www.heroy.kommune.no/ledige_stillingar

Søknadsfrist: **25.04.2021**

Helse Sør-Øst RHF søker:



Ledig tre 100 % avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Oslo øst, bydel Stovner

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge, enhet for psykisk helsevern og rusbehandling, e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: **22. april 2021**



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

Ønsker du å lese stillingsannonse fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonse som trykkes i Tidsskriftet finner du også på [www.psykologtidsskriftet.no/ Stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/Stillingsannonser)

Send e-post til tidsskrift@psykologtidsskriftet.no og meld din interesse.



CRUX
Kalfaret
behandlingscenter

Ønsker du en jobb som gir mening?

I stiftelsen CRUX jobber vi for å gjøre verden til et litt bedre sted. CRUX er en ideell, diakonal og landsomfattende stiftelse som tilbyr tjenester innen helse- og sosialsektoren. Vi er medvandrere og står opp for mennesker i sårbare og utfordrende livssituasjoner, slik at de kan oppleve trygghet og nå sine mål. Det finnes alltid muligheter.

Vil du være med på laget?

CRUX Kalfaret behandlingssenter tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for unge voksne. Virksomheten driver på oppdrag fra Helse Vest RHF og er bemannet med sosionomer, sykepleiere, leger, psykologer, samt personell med annen relevant utdanning og erfaring. Klinikken ligger sentralt i Bergen.

VI SØKER:

Psykologspesialist/psykolog 100 % fast stilling

Psykologene har ansvaret for utredning og behandling. I tillegg undervisning, veiledning, inntaksarbeid og tverrfaglig samarbeid både i døgn- og poliklinikk. Vår tilnærming er særlig traumebevisst praksis og kognitiv terapi, og vi ønsker at alle behandlere har/får kompetanse innen traumebehandling (EMDR). Vi tilbyr lengre behandlingsforløp som gir rom for gode terapeutiske prosesser og endringsarbeid. Vi har gode administrative støttefunksjoner i gjennomføring av Kvarus og pakkeforløp.

Vi søker etter en medarbeider som er personlig egnet og har relevant erfaring med å vurdere og behandle pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk.

Vi tilbyr en arbeidsplass med engasjerte medarbeidere som er opptatt av faglig utvikling i et spennende, allsidig og utfordrende fagfelt.

Søker må beherske norsk skriftlig og muntlig. Vi har gode forsikrings- og pensjonsordninger. Lønn etter avtale. Tiltredelse så raskt som mulig.

Ta gjerne kontakt med klinikkssjef Tordis Stokke tlf. 416 46 982.
Søknad med CV sendes på e-post til:
t.stokke@stiftelsen-crux.no innen 16.04.21.

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2021

SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 500.

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 24 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 760, samme format i farger kr 4 083.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 450.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 600, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 5 950 per måned eller kr 1950 per uke kan annonsen vises på forsiden av www.psykologtidsskriftet.no under boksen for «ledige stillinger».

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
5	19.04	03.05
6	19.05	01.06
7	18.06	01.07
8	19.07	02.08
9	19.08	01.09

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	17 900	16 300
1/2 side	13 900	12 300
1/4 side	11 900	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

Arnhild 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

Morten Bremnes
478 38 693
bremnesmorten@gmail.com

Julie Bjerkvik
938 93 002
juliebjerkvik@gmail.com

Varamedlemmer

Jakob Støre-Valen
984 23 805
jakob@valen.cc

Alf Martin Eriksen
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

LOKALAVDELINGER

Akershus
Maria Nylund
maria_nylund@hotmail.com
997 98 973

Aust-Agder
Janne Veer
Janne.Hammervold.Veer@sshf.no
452 14 480

Buskerud
Henriette Alsaker
henriette.alsaker@gmail.com
997 22 725

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
Birgitte Nørve Brunvoll
birgitte.brunvoll@icloud.com
911 25 104

Nord-Trøndelag
Julie Valen
psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland
Miriam Ryssdal
miriam.ryssdal@gmail.com
926 53 473

Oppland
Iver Sørlie Røhr
iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo
Birgit Aanderaa
biraan@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland
Marie Tonette Solhaug Hansen
marietsh@yahoo.no
977 34 812

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
Geir Steinar Eriksen
geir.steinari.riksen@tromso.kommune.no
915 35 911

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 Øvrebo, 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

Arnhild 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**

Morten Bremnes, UiB, leder,
e-post bremnesmorten@
gmail.com, tlf. 478 38 693

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

Ida Kvittingen, nettredaktør,
e-post ida.kvittingen@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

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

Forhandlingsavdeling

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

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen,
fagsjef, e-post kim@
psykologforeningen.no
Lars Jørgen Berglund,
nestleder og spesialrådgiver
e-post lars@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningssjef,
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

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
Guðrun 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, Univer-
sitetetsforskning 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, Familie-
vernkontoret 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
kunnskapscenter 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-naturviten-
skapelige 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 redaksjonen@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 150 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 15 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000/40 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn) eller «fra praksis»-bidrag (maks 20 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppgave.

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:
19.04, 19.05, 18.06, 19.07, 19.08, 17.09, 18.10,
18.11



Holder *ganske* sikkert for deg?

Holder det at det du leser er *nesten* sant?

Samfunnet preges av en overflod av informasjon, gjennom etablerte og nye kanaler. Fagpressens 216 medlemmer er alle spesialister på sine områder. Titler med kvalitetsstempelet Fagpressen forplikter seg til å bringe deg uavhengig og pålitelig innhold – underlagt Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten. Dette gir kvalitetsjournalistikk, som bidrar til en konstruktiv samfunnsdebatt. Våre medier har 1,9 millioner* månedlige lesere på nett og nær 3,9 millioner** abonnenter og mottakere av papirutgaver.

Det er avgjørende for oss at det du leser er til å stole på.

Les mer om viktigheten av kvalitetsjournalistikk på fagpressen.no/palitelig

ISSN 0332-6470



BLOOM
2021