

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSYK KOL OGI

Vol.58 nr.08 2021

---

**Fattigdom  
på psykolog-  
kontoret**

*Aktuelt*

---

**DISSOSIATIV  
IDENTITETS-  
LIDELSE**

*Fagessay  
Oversiktsartikkel*

---

**Håndverker  
og psykolog**

*Fagessay*

---

**ISTDP-debatten  
fortsetter**

*Meninger*

# PSY KOL OGI

Vol. 58 nr. 08 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,

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 23.07.2021

**Omslagsillustrasjon** Magnus Voll Mathiassen / byHands

**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



# Kunsten å unngå dissosiativ fagutøvelse

**Tverrfaglighet, helhetlig tilnærming** og brukermedvirkning er alle høyt fremsatte idealer for psykologers profesjonsutførelse. Men dette er idealer som krever kontinuerlig personlig og faglig utvikling. Inspirasjonskilder er kjærkomne.

**Du finner flere** kilder til inspirasjon i denne utgaven av Psykologtidsskriftet.

**Vi har denne** gangen samlet noen tekster som på ulike måter vektlegger betydningen av en helhetlig tilnærming i psykologarbeidet. I originalartikkelen «Dissosiativ identitetsforstyrrelse i utredning av barn og ungdom» av Linn Breen Herner et al. på side 672 presenterer forfatterne aktuell litteratur, redegjør for viktigheten av tverrfaglig samarbeid og gir frempek på hvordan en behandlingsplan kan formuleres.

**Fagessayet «Dissosiativ lidelse fra innsiden»** på side 666 gir et levende innblikk fra en pasient og erfaringsformidler som raust og innsiktsfullt deler fra en terapi som til slutt opplevdes meningsfull og helende. Originalartikkelen og fagessayet er forfattet helt uavhengig av hverandre, men utfyller hverandre på en unik og lærerik måte. «Den blanke tavlen» av Nina Handelsby og Irene Elgen på side 682 fyller ut bildet ytterligere med en gjennomgang av utprøvingen av en metode (Tjenester på tvers, TpT,) for arbeid med barn og unge med somatiske symptomtilstander. Forfatterne gir nyttige innfallsvinkler til tverrfaglig samarbeid så vel som til pasientmedvirkning.

**Forfatterne av de** nevnte tekstene vektlegger den biopsykososiale sykdomsmodellen. For voksne vil personlig økonomi utgjøre en sentral «sosial» faktor i en slik tilnærming. I «Psykologer må tørre å spørre om privatøkonomi» på side 653 minner blant annet samfunnspsykolog Ingvild Stjernen Tisløv om at «... levekårsperspektivet hører naturlig hjemme i den terapeutiske samtalen». Ifølge pakkeforløp for psykisk helse og rus skal også bosituasjon, økonomi og deltakelse i arbeid eller skole kartlegges for å sikre en helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak. Hvilke metoder bruker psykologer i dette arbeidet?

**Psykologtidsskriftet ønsker å** fokusere på slike spørsmål i tiden fremover, blant annet ved å løfte frem arbeid og psykisk helse i et eget temanummer. Du finner en invitasjon til å sende inn bidrag til temanummeret på side 681. ✖



**Katharine Cecilia Williams**

Sjefredaktør  
katharine@  
psykologtidsskriftet.no



Et levende innblikk fra en pasient og erfaringsformidler som raust og innsiktsfullt deler fra en terapi som til slutt opplevdes meningsfull og helende

# 666



ILLUSTRASJON: MAGNUS VOLL, MATHASSEN / BYHANDS

## DISSOSIATIV OPPLEVELSE

Du blir som en detektiv i eget liv for å finne ut hva du har gått glipp av. De ulike delene i meg deler samme kropp, men de bærer ulike minner, ferdigheter og til dels ulik atferd, skriver erfaringskonsulent Anne Naustvik om å ha en dissoisiativ lidelse.

*Fagessay*

*Oversiktsartikkel*

# 682

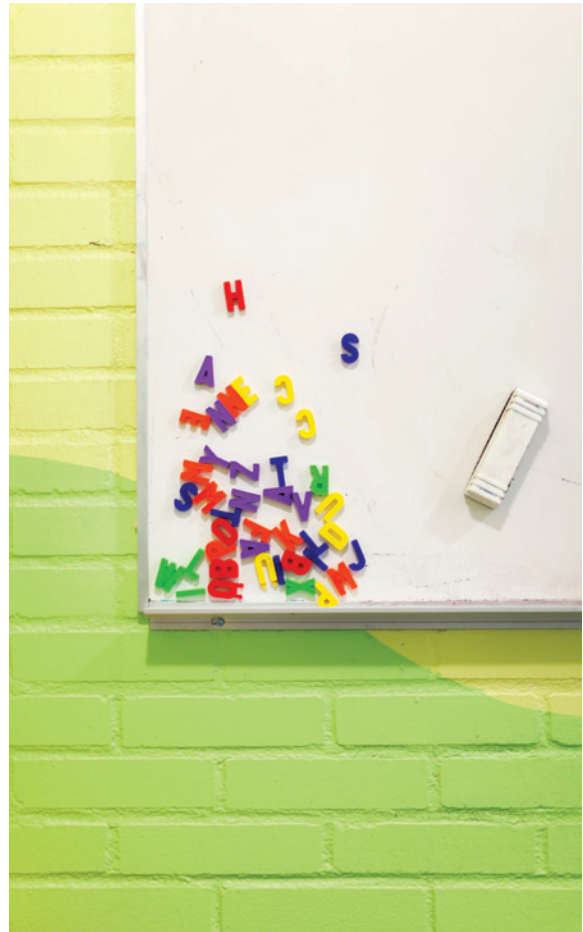


FOTO: ANDERS ANDERSSON / SCANDINAV

## TAVLEMODELLEN

Å bruke tavle og elementer fra familie- og samtaleterapi kan styrke den tverrfaglige konsultasjonen med barn og unge med somatiske plager. Barnets aktive rolle ved tavlen signaliserer at det barnet forteller, tegner og viser, er viktig, skriver Nina Handelsby og Irene Elgen.

*Fra praksis*





FOTO: OLE MNKLEBUST AMUNDSEN

## PROFESJONSHISTORIE

I 1971 ble de første klientene tatt imot ved poliklinikken ved det daværende Psykologisk institutt ved Universitetet i Bergen. Nå har universitetsklinikkene flyttet inn i Alrek helseklynge og fyller 50 år.

*Fagessay*

# Innhold

- 649 **Kunsten å unngå dissosiativ fagutøvelse**  
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 653 **- Psykologer må tørre å spørre om privatøkonomi**  
Aktuelt | Per Halvorsen
- 660 **Håndverker og psykolog**  
Fagessay | Rolf Sundet
- 666 **Dissosiativ identitetslidelse fra innsiden**  
Fagessay | Anne Naustvik
- 672 **Dissosiativ identitetsforstyrrelse i utredning av barn og ungdom: Teori og kliniske utfordringer**  
Oversiktsartikkel | Linn Breen Herner et al.
- 682 **Den blanke tavlen**  
Fra praksis | Nina Handelsby og Irene Elgen
- 689 **Toleransevindummodellen i skolen**  
Fra praksis | Marianne Hoffart og Torgunn R. Malmo
- 694 **Universitetsklinikker for psykologi i Bergen - 50 år**  
Fagessay | Jan Skjerve et al.
- 700 **Kan hvem som helst være forfatter?**  
Derfor | Katharine Cecilia Williams
- 702 ***Er jakten på barnets stemme alltid til barnets beste?***  
Etikkpanelet | Sissel Garnes
- 704 **MENINGER**  
Hovedkronikk: Da faget ble borte i Salten | Ole-John Pedersen (s. 706)  
Debatt: Debatt: ISTDP (s. 704), Rusbehandling (s. 710), Profesjonsutdanningen (s. 712), Medisinfri behandling (s. 714), ME (s. 716), Levekår (s. 718), Valg 2021 (s. 720)
- 722 **INNTRYKK**  
Anmeldelse: Et dypdykk i psykoterapiens metaforikk (s. 722)  
Fri assosiasjon: Psykologen - en kunstnersjel? | Bjørn S. Hesla (s. 724)
- 726 **Minneord: Hans Nyman (1943-2021)**
- 727 **Annonser**
- 732 **Stillingsannonser**



**IKKE GLEM LOMMEBOKA**

Privatøkonomiske problemstillinger må ikke glemmes utenfor terapirommet.

- At langvarig, uhåndterbar gjeld er en belastning for psyken, er åpenbart, mener gjeldsforsker Christian Poppe.

# - Psykologer må tørre å spørre om privatøkonomi

- Spørsmål om privatøkonomi bør ikke være tabu i terapirommet. Det kan undergrave terapien.

**D**et mener psykologene Ingvild Stjernen Tisløv og Arne Holte. I juni ledet de en norsk workshop om temaet under den internasjonale konferansen om samfunnspsykologi i Oslo. Bakteppet var blant annet den økonomiske utviklingen i private husholdninger under pandemien. På konferansen var også gjeldsforsker Christian Poppe ved Statens institutt for forbruksforskning. Poppe mener at de statlige tiltakene for å bremse de privatøkonomiske konsekvensene av nedstengningen kan ha hatt positive effekter. Han er likevel bekymret for en problemgruppe på ni prosent av husholdene i Norge. Han sier denne gruppen er kjennetegnet av lav inntekt før nedstengningen, med medianinntekt\* på rundt 300 000 kroner. Halvparten av dem har fått redusert inntekten med inntil en tredel under pandemien. En femdel av problemgruppen henter inntekter fra usikre arbeidskontrakter, for eksempel som frilansere, tilkallingsvakter og liknende. 97 prosent av dem sliter med å nedbetale lån, 74 prosent har bygget opp kredittkortgjeld. Over halvparten har dessuten måttet låne penger til nødvendige utgifter,

og minst en like stor andel har ingen sparepenger, ifølge Poppe.

## SYKE AV GJELD

- Det er en ond sirkel, der lån nedbetales med nye, dyre lån. Noen av dem kommer til å få langvarige økonomiske problemer, som vil få alvorlige konsekvenser for livskvaliteten. Noen risikerer å ende i langvarig fattigdom. Det er åpenbart at dette vil kunne påvirke den psykiske helsa, sier Poppe.

I øyeblikket analyserer han sammen med kolleger materialet fra 30 kvalitative intervjuer med gjeldsofre for å finne ut hvordan de håndterer gjelda og lever livet sitt. Analysen vil være ferdig i 2024. Poppe har studert livssituasjonen til gjeldsofre siden begynnelsen av 90-tallet.

- Når man kommer så langt at man må søke gjeldsordning, har de fleste helseproblemer, både psykiske og fysiske. Dette er helseproblemer som ofte griper inn i hverandre. Inntektstapene noen har hatt under pandemien,

.....

\* Inntekten til den som befinner seg midt i fordelingen når inntektene til alle personer i befolkningen er sortert. >>

## TEKST

Per Halvorsen

## FOTO

Nora Skjerdingsstad





**SKAMBELAGT** Christian Poppe ved Statens institutt for forbruksforskning mener få ting er så skambelagt som det å ikke være i stand til å betale det du skylder andre. – For noen er det selvmordsgrunn, sier han.

Påtagelig få av dem vi har snakket med, og som har vært til behandling for psykiske helseproblemer, har opplevd at økonomi har vært en del av behandlingen

*Christian Poppe, gjeldsforsker*

har neppe bidratt til å gjøre situasjonen enklere. For noen ekstra utsatte grupper tror jeg ikke det verste er over, sier han.

### SELMORDSOVERLEVERE

– *Hvordan forklarer du sammenhengen mellom gjeld og psykisk uhelse?*

– I samfunnet vårt er det en sterk normativ føring å kunne gjøre opp for seg. Vi kjenner det på oss selv: Det er skambelagt å ikke være i stand til å betale det du skylder andre. For noen kan det være en selvmordsgrunn. Tre av personene i vårt materiale er selvmordsoverlevende. For andre fører det til stressrelaterte lidelser og depresjoner. At langvarig, uhåndterbar gjeld er en belastning for psyken, er åpenbart, mener Poppe.

– *Er det gjelden som fører til sykdom eller sykdom som fører til gjeld?*

– Det vil variere. Noen har kanskje lidelser som i perioder gjør det vanskelig for dem å styre økonomien, for eksempler bipolare som er i en manisk fase. I vårt materiale kan det virke som at også ADHD kan ha en slik effekt. Andre, som var friske på forhånd, bukker under for store psykiske belastninger som følge av å havne i en situasjon med uhåndterlig gjeld, sier han.

Han mener det bør bli like selvfølgelig å spørre om privatøkonomi på psykologkontoret som å vurdere selvmordsfare.

– Påtagelig få av dem vi har snakket med, og som har vært til behandling for psykiske helseproblemer, har opplevd at økonomi har vært en del av behandlingen, sier han.

Han mener psykologen bør kunne ta en samtale om økonomi for å finne ut av hvordan den påvirker folks hverdag.

– *Det er vel ikke psykologers oppgave å drive økonomiske rådgivning?*

– Nei, men de må ha kunnskaper nok til å kunne være en kanal videre, for eksempel inn til økonomisk rådgiver i NAV, sier han.

### DIAGNOSTISERING PÅ SVIKTENDE GRUNNLAG

Samfunnspsykolog Ingvild Stjernen Tisløv mener at de fleste psykologer kjenner til sammenhengene mellom dårlig økonomi og psykiske uhelse. Hun tror likevel ikke alle forholder seg til temaet i møte med pasientene. Det mener hun er problematisk for en yrkesgruppe som forvalter så mye makt.

– *På hvilken måte da?*

– Vi risikerer å feiltolke pasientens situasjon og stille diagnoser på sviktende grunnlag. Det blir for eksempel galt å behandle et barn for sosial angst hvis årsaken til at det ikke vil gå ut av klasserommet i friminuttet, er at det ikke har råd til å gå i butikken sammen med kameratene.

– *Hva tror du berøringsangsten kommer av?*

– Levekår har liksom ikke noe med vårt terapeutiske prosjekt å gjøre. Vi vet ikke helt hva vi skal gjøre med det og har ikke lært noe særlig om det. Levekår er «en annen verden».

Hun mener imidlertid at levekårsperspektivet hører naturlig hjemme i den terapeutiske samtalen.

– Få ting kan som dårlig råd trigge følelser av skam, skyld og mindreverd. Noen shopper for å fjerne seg fra vonde følelser. Mange har store deler av identiteten sin knyttet til penger og pengebruk. Her er det masse terapeutisk materiale å ta av, sier Tisløv.

### FORELDRESTRESS

Selv fikk hun en vekker i møte med en familie hun kom inn i som MST-terapeut. Jenta i den lille familien skulket skolen og manglet venner. Tisløv mobiliserte det hun hadde lært av teknikker for å bygge gode, varme

relasjoner. Hun kom ingen vei før en bisetning fra den eneforsørgende mora brøytet seg vei gjennom den terapeutiske tiltakslysten: «Ingvild, problemet mitt er at jeg sliter med økonomien.»

– Familien hadde flyttet ti ganger på elleve år fordi de ikke hadde råd til å etablere seg i fast bolig. Hvorfor skulle jenta investere i skole og nærmiljø da? spør Tisløv retorisk.

– *Hva kunne du egentlig stille opp med? Du kunne jo ikke løse familiens økonomiske problemer?*

– Jeg kunne involvere andre hjelpeinstanser for å undersøke familiens rett til økonomisk hjelp og rådgivning. Jeg kunne være en brobygger mellom hjelpeapparat og familien. Å være i en konstant stressituasjon fordi du har dårlig råd, kan gjøre det vanskelig å forstå hvilke rettigheter du har. Og jeg kunne hjelpe moren med å overvinne angsten for å åpne konvoluttene med purringer på ubetalte regninger: Jeg kunne åpne konvoluttene sammen med henne, slippe trollene ut i lyset, drive enkel eksponeringsterapi, forteller Tisløv, som slik kunne bygge en ny terapeutisk allianse.

Igjen trekker hun inn maktperspektivet: Hun minner om at trang økonomi kan slå rett inn i oppdragelsen, og advarer mot å forveksle foreldreferdigheter med en presset livssituasjon.

– Det kan føre til feilvurderinger, for eksempel når man skriver saksyndigrapporter. Derfor er det viktig at psykologer får høyere bevissthet om hvordan vi kan bidra til å bryte de sterke sammenhengene mellom levekår, sosial fungering og psykisk helse, sier hun.

#### **- BEDRE TERAPI MED ØKONOMISK RÅDGIVNING**

Hva vet vi egentlig om hvorvidt privatøkonomi er tema på psykologkontoret? Psykologiprofessor emeritus Arne Holte viser til en britisk undersøkelse som tyder på at kun seks prosent av psykologene kartlegger den økonomiske situasjonen til sine klienter. I Norge har vi ifølge Holte ikke tilsvarende undersøkelser.

Han er klar på at privatøkonomi er et tema som hører hjemme i terapirommet. Han sier at britiske forskere i 2016 evaluerte ordningen med Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), som den norske ordningen Rask psykisk helsehjelp er inspirert av. IAPT benytter kognitiv atferdsterapi (KAT) som metode og er en nasjonal satsning i Storbritannia for å gi befolkningen kjapp tilgang til behandling for angst og depresjon, våre vanligste og samfunnsmessig dyreste psykiske lidelser.

– En beregning fra Money and Mental Health Policy Institute (MMHPI, 2016) viser at tilfriskningsraten vil kunne dobles om man kombinerer psykoterapien med økonomisk rådgivning, både når det gjelder angst og depresjon. For personer med privatøkonomiske problemer er psykoterapi mye mindre virksomt hvis den ikke kombineres med økonomisk rådgivning, sier Holte.

– *Hvordan forklarer du det?*

– Depresjon er tap av fremtid. Klarer du å hjelpe klienten til å få kontroll over økonomien og eksempelvis å gå inn i en gjeldsordning, gjenoppretter du fremtiden. Den blir kanskje ikke enkel, men den blir forutsigbar. Forutsigbarhet, fremtidstro og håp har stor betydning for den psykiske helsa, sier han.

Ifølge Holte er økonomisk rådgivning til pasienten svært lønnsomt også for samfunnet. Han viser til konservative beregninger fra London School of Economics som viser at for hver krone i rådgivning sparer samfunnet 4,5 kroner i utgifter til psykiske lidelser (iberegnet indirekte kost-

Vi risikerer å feiltolke pasientens situasjon og stille diagnoser på sviktende grunnlag

*Ingvild Stjernen Tisløv, samfunnspsykolog*



**I TERAPIROMMET** – Levekårsperspektivet hører naturlig hjemme i den terapeutiske samtalen, mener samfunnspsykolog Ingvild Stjernen Tisløv.





**ØKONOMISK RÅDGIVNING** – For personer med privatøkonomiske problemer er psykoterapi mye mindre virksomt hvis den ikke kombineres med økonomisk rådgivning, sier professor emeritus Arne Holte med henvisning til britisk forskning. Foto: Marianne Lind

Depresjon er tap av fremtid. Klarer du å hjelpe klienten til å få kontroll over økonomien og eksempelvis gå inn i en gjeldsordning, gjenoppretter du fremtiden

*Arne Holte, psykologiprofessor*

ander i form av tapte arbeidsinntekter, osv.). Andre, mer realistiske beregninger viser langt høyere lønnsomhet, forteller han.

– Dette gjelder nok for Norge også, mener Holte.

### IKKE EN DEL AV RASK PSYKISK HELSEHJELP

I Norge er ikke økonomisk rådgivning en del av Rask psykisk helsehjelp (RPH), som i dag er etablert i 62 kommuner. Det bekrefter prosjektleder i Helsedirektoratet, seniorrådgiver Anette Jørve Ingier.

– Det er ikke slik at spørsmål om privatøkonomi eller tilbud om økonomisk rådgivning automatisk inngår i RPH-tilbudet. Men om det fins forskningsmessig belegg for at dette kan ha positiv effekt, er det verdt å se nærmere på det når vi nå skal oppdatere vår håndbok for etablering og drift av RPH-team, sier Jørve Ingier til Psykologtidsskriftet.

Hun forteller at alle som får tilbud om RPH, er i jobb eller utdanning, og at jobbmestring står sentralt i RPH.

– Vi tror at jobbmestring er en viktig del av det å bli frisk. Hvis privatøkonomisk rådgivning viser seg å ha effekt, er vi åpne for å samhandle med Arbeids- og velferdsdirektoratet og NAV om dette, sier hun.

En RCT-studie Folkehelseinstituttet publiserte i 2020, viser at seks av ti personer med lett eller moderat angst eller depresjon ble friske gjennom Rask psykisk helsehjelp etter dagens modell.

### FASTLEGENE SPURTE OG FIKK SVAR

En yrkesgruppe som har prøvd ut effekten av å systematisere praten om privatøkonomi, er fastlegene.

– Spør vi om privatøkonomi, kan det ha positive helsekonsekvenser, mener den Røros-baserte fastlegen Per-Arne Gjelsvik.

Han var sentral i et prosjekt som ble gjennomført i 2018. Over en periode på fire uker ble alle pasienter som oppsøkte fastlegen sin på Røros, spurt om privatøkonomi og helseplager. Analysen fra 565 pasienter viste at hver tiende pasient enten hadde bekymringer for privatøkonomien som påvirket helsen, eller hadde helseplager som førte til økonomiske bekymringer. Pasienter som var pluss/minus 30 år sleit mest. Menn var spesielt utsatt. 27 prosent av dem hadde økonomiske bekymringer som førte til helseproblemer.

– Pasientene hadde ofte søvnforstyrrelser, mage-tarm-problematikk, eller de klarte ikke å være i arbeid, uten at det lot seg forklare. Pasienten så ikke sammenhengen selv, forteller Gjelsvik.

I noen tilfeller fikk Gjelsvik selv en kraftig øyeåpner:

– Søvnproblemer kunne for eksempel ha sammenheng med inkassobrev fra banken, sier han.

– *Hva kunne dere gjøre for pasienter med økonomiske problemer?*

– De fikk tilbud om enten personlig rådgivning i NAV eller telefonsamtale via NAVs anonymiserte veiledningstjeneste, sier Gjelsvik til Psykologtidsskriftet

Flere måneder etter at prosjektet var over, fortalte fastlegene i studien at flere pasienter enn før fikk rådgivning hos NAV, fordi legene stilte spørsmål om privatøkonomi.

Gjelsvik mener han har fått et nytt redskap i verktøykassa, og mener erfaringene fra fastlegekontoret har overføringsverdi til psykologkontoret.

– Det kan være klokt å spørre pasienter som er generelt slitne, har diffuse plager som søvnproblemer og muskelplager om arbeidssituasjonen. Har vi først stilt spørsmålet om arbeid, er det lettere å spørre om økonomi. Disse problemstillingene bør være like aktuelle for psykologer, mener han.



# Tror flere kan få økonomiske problemer

Flere vil kunne få økonomiske problemer i kjølvannet av pandemien, mener NAV-direktør. Samtidig har etatens gjeldsrådgivningstjeneste fått færre henvendelser enn før.

**NAVS ØKONOMI-** og gjeldstelefon bistår med å gi enkeltpersoner oversikt over en vanskelig økonomisk situasjon. I første kvartal i år viser statistikken 4328 besvarte henvendelser. For hele 2020 var antallet 15 202. Avdelingsdirektør Jan Erik Grundtjernlien i arbeids- og tjenesteavdelingen i NAV mener utviklingen strider mot forventningene. Han forklarer tallene slik:

– Det som har endret seg, er at samtaler nå varer lenger. Det kan føre til lengre ventetider for dem som venter på svar. Noen kan da velge å legge på. Vi antar også at flere som tidligere ville ha ringt telefonen, kan ha benyttet vår nye digitale veiviser for økonomisk rådgivning, som ble lansert i november 2020, opplyser han.

– *Tyder ikke dette på at tiltakene for å kompensere for inntektsbortfall har virket?*

– Det kan se slik ut. Tilbakemeldinger fra statsforvalterne om de sosiale tjenestene i NAV viser at vi ikke har fått den «tsunamien» av søknader om økonomisk sosialhjelp som vi kunne forventet, sier Grundtjernlien.

I øyeblikket er han mest bekymret for utviklingen etter 1. oktober i år. Fra denne datoen har regjeringen bestemt å avvikle de ekstraordinære tiltakene som ble innført for å sikre mot inntektsbortfall under nedstengningen. Disse tiltakene innebar blant annet full lønn under permittering og forlengelse av perioden for arbeidsavklaringspenger (AAP).

– For dem som nå blir tatt tilbake av arbeidsgiver, vil ikke det være noe problem. For grupper med mer usikker tilknytning til arbeidsmarkedet, for eksempel syke og noen

innvandrergupper, er det ikke fullt så enkelt, sier Grundtjernlien.

Hans største bekymring er at arbeidsledigheten skal bite seg fast på et høyere nivå enn før pandemien.

– Det vil kunne føre til at flere enn før får langvarige økonomiske problemer, sier han.

I juni 2021 var 5,3 prosent av arbeidsstyrken helt eller delvis arbeidsledige. På samme tid i fjor var prosentandelen 9,2 prosent. I det pandemifrie 2019 var tallet på helt ledige nede i 2,2 prosent (Kilde: Hovedtall for arbeidsmarkedet, NAV).

**TEKST** Per Halvorsen



**NEDSTENGNING** Avdelingsdirektør Jan Erik Grundtjernlien i NAV frykter konsekvensene når tiltakene som ble innført for å sikre mot inntektsbortfall under nedstengningen, opphører. Foto: NAV

# Hva gjør psykologene i møte med dårlige levekår?

Økonomiske problemer står ikke fremst i psykologers bevissthet. De gjør likevel en innsats for å avhjelpe levekårsutfordringer, mener de nyutdannede psykologene Ingvild Karina Skorpen og Maria Moen Mahlum.

TEKST Per Halvorsen

**VÅREN 2021 LEVERTE** de hovedoppgaven *Strevsomme liv – strevsomme hjelpeprosesser. Psykologers møte med levekårsutfordringer i klinisk arbeid med barn og familier*, som en del av profesjonsstudiet ved Universitetet i Oslo. Skorpen og Mahlum intervjuet til sammen ni psykologer som jobber med barn og deres familier. Informantene hadde jobbet med minst én spesifikk sak der familien hadde hatt én eller flere levekårsutfordringer. Fire av informantene var fra spesialisthelsetjenesten, tre fra kommunale tilbud, to fra barnevernsfeltet. Skorpen og Mahlum fant tre områder der levekår slo direkte inn i hjelpeprosessen:

- Levekårene skapte tilleggsproblemer som gjorde det ekstra vanskelig å komme seg ut av det psykologiske strevet.
- Levekårene skapte trøblete dynamikker mellom familie og behandler, noe som kunne bidra til å undergrave en felles forståelse av årsaken til familiens problemer og til å redusere behandlers hjelpelyst.
- Levekårene kunne føre til at familien ikke hadde de kulturelle ressursene som kreves av en «flink pasient», for eksempel å vite hva man har krav på, og hvordan man bør argumentere for det. Dermed risikerte de å gå glipp av viktige rettigheter.

Om ikke privatøkonomiske problemer var det som stod fremst i informantenes bevissthet, gjorde de likevel en innsats for å avhjelpe levekårsproblemene, mener de.

– De forsøkte å gi direkte og indirekte hjelp for å bøte på levekårene, og de jobbet med seg

selv for å bedre samarbeidet med familien. De påtok seg også rollen som «oversetter» og «brobygger» mellom familien og hjelpeapparatet, sier de til Psykologtidsskriftet.

## - DÅRLIG DEKKET PÅ STUDIET

Skorpen og Mahlum oppfattet at psykologene de intervjuet, ikke alltid anså levekårstiltakene som en del av behandlingen, men noe de gjorde i tillegg. Psykologene brukte i liten grad psykologisk teori for å finne ut hva de skulle gjøre med levekårene.

– Det kan se ut til at psykologifagets forståelsesmodeller mangler noe som kunne ha bidratt til hvordan psykologer skal nærme seg levekårsutfordringer i en psykologisk kontekst. Dermed blir det langt på vei opp til den enkelte psykolog å være opptatt av levekår, sier de.

Ideen til hovedoppgaven vokste ut av frustrasjonen over at fattigdomsproblematikk var en så liten del av profesjonsstudiet

– Dette hang dårlig sammen med at sosioøkonomisk status under studiet stadig ble nevnt som en risikofaktor for psykisk uhelse og annet strev. Vi oppfattet imidlertid aldri at tematikken ble utdypet, sier de.

## KARTLEGGINGSKRAV

Ifølge pakkeforløp for psykisk helse og rus skal bosituasjon, økonomi og deltakelse i arbeid eller skole kartlegges for å sikre en helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak. I en e-post til Psykologtidsskriftet begrunner koordineringsansvarlig for psykisk helse og rus i Helsedirektoratet, avdelingsdirektør Åste Herheim, kartleggingskravet slik:



**IKKE PÅ STUDIEPLANEN** Fattigdomsproblematikk var en for liten del av profesjonsstudiet, mener Ingvald Karina Skorpen og Maria Moen Mahlum, som har intervjuet psykologer om hvordan de møter levekårsutfordringer i arbeid med familier. Foto: Per Halvorsen.

Det kan se ut til at psykologifagets forståelsesmodeller mangler noe som kunne ha bidratt til hvordan psykologer skal nærme seg levekårsutfordringer i en psykologisk kontekst

*Ingvald Karina Skorpen og Maria Moen Mahlum*

– Dårlig økonomi, manglende deltakelse i arbeidslivet eller ustabile boforhold har negativ innvirkning på prognosen for den enkelte pasient. Å jobbe med arbeidsdeltakelse som en integrert del av behandlingen, for eksempel gjennom metoden Individuell jobbstøtte (IPS), har vist seg å ha god effekt både for økt arbeidsdeltakelse og for bedring av den psykiske helsen, skriver hun.

– *I hvor stor grad blir kartlegging av levekår fulgt opp av psykologene?*

– Helsedirektoratet har tiltro til at psykologer som helsepersonell følger gjeldende anbefalinger både i pakkeforløp og andre veiledere og retningslinjer, skriver Herheim. Samtidig kan det være at psykologer jobber i tverrfaglige team der det er andre med sosialfaglig kompetanse som kartlegger og følger opp forhold som økonomi, arbeid og bolig.

– *Burde det ha vært en tydeligere fordring i helseforetakene at psykologene må ta tak i levekårsutfordringer og samarbeide med sosialfaglig personell som eksempelvis sosionomer?*

– Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det en føring om å ha sosialfaglig personell. Ved flere DPS-er er det nå ansatt jobbspesialister fra NAV som en integrert del av tilbudet, skriver hun.

#### **FORSKJELL PÅ PH OG TSB**

Fag- og kvalitetsrådgiver Kristine Fiksdal Abel i Seksjon ruspoliklinikker ved Oslo universitetssykehus sier dårlige levekår nærmest er en normalsituasjon for mange TSB-pasienter, og forutsetter utstrakt tverrfaglig samarbeid. Hun forteller at hun nærmest var «i sjokk» da hun som nyttil-

satt oppdaget at psykologene var forventet å arbeide tett sammen med andre yrkesgrupper som hadde likestilte meninger om pasienten, som leger, sykepleiere og sosionomer.

– I psykisk helsevern var jeg vant til å jobbe alene. Men en slik arbeidsmåte vil være vanskelig i arbeidet med våre pasienter. Ingen vil ha noe særlig glede av terapi om de ikke har sovet eller er sultne eller har somatiske eller økonomiske utfordringer de ikke får hjelp med, sier Fiksdal Abel til Psykologtidsskriftet.

– *Hvorfor tror du det ikke er like vanlig å forholde seg til levekårsutfordringer i psykisk helsevern som i TSB?*

– Det er forskjeller i psykisk helsevern slik det også er i TSB. TSB er et fagfelt med sosialfaglige røtter, der det tverrfaglige er et utgangspunkt for helsehjelpen. Det forklarer nok fokuset på levekårsutfordringer. Samtidig har vi som jobber i TSB, også utfordringer med å organisere arbeidet rundt pasienter med omfattende hjelpebehov. Det er ressurskrevende og gir mindre tellende aktivitet enn ordinære polikliniske samtaler. Tverrfaglighet er dyrt, sier hun. ✕

# Håndverker og psykolog

I debatten om standardisering av terapi kan *psykologen som metafor for håndverkeren* gi rom for nyanserte og utvidende refleksjoner om det terapeutiske virket.

**TEKST** Rolf Sundet,  
Universitetet i Sørøst-  
Norge

**KONTAKT**  
rosundet@online.no

**TO SPENNENDE DEBATTINLEGG** har kommet i de siste numrene av TNPF, et av Aklia Ottesen (2021) og et av Lene Paulsen Walderhaug (2021). Hovedstikkordet for begge er standardisering og hvordan de på sitt forskjellige vis forstår konsekvensene av det å standardisere utredning, diagnostikk og behandling, det vil si den medisinske modellen. Walderhaug kommer med et glødende forsvar, mens Ottesen søker å detronisere denne praksisen i vårt helsevesen. Det er interessant at Walderhaug bygger sin argumentasjon rundt en dikotomi: terapi som håndverk eller kunst, samtidig som Ottesen, slik jeg leser det, aldri refererer til terapi som kunst. Dikotomisering kan derfor sees som et retorisk grep for å skape motsetninger som nødvendigvis ikke er reelle, og som kan forstås som imaginære (Wilden, 1972). Jeg er vokst opp i en håndverkerslekt og har levd nær håndverkeren og hans virke, med all den finesse, spesifisitet, ferdighet og allsidighet, samt utfordringer, som ligger i håndverkerens virke. Hvis jeg måtte velge en metafor for den praktiserende psykolog, ville jeg foretrekke håndverkeren framfor kunstneren, samtidig som jeg har erfart at enkelte håndverkere gjennom sitt arbeid bringer fram det som må

kunne kalles et kunstverk. Det spennende for meg når jeg leser de to tekstene, er at jeg gjenfinner håndverkeren i begge.

## HÅNDVERKEREN OG PSYKOLOGEN

Jeg oppfatter Walderhaugs retoriske henvisning til kunstneren og til terapi som kunst, mer som et maktpolitisk grep enn som et innspill til en bedre og mer ansvarlig psykologisk praksis. Jeg vil komme tilbake til dette, men først til håndverkeren. Hva kjennetegner håndverkeren og dennes kunnskaper og ferdigheter? Ettersom Walderhaug har valgt å anvende metaforer som grunnform for sitt innlegg, vil jeg i fortsettelsen gjøre det samme. Jeg har stor sans for metaforen hun har valgt, og støtter henne i at håndverkeren er en god metafor for den praktiserende psykologen. Samtidig ser jeg at begge de to tekstene omhandler det jeg kjenner som håndverkeren og dennes virke og den kultur håndverkeren er del av. La meg derfor gjøre det eksperiment at psykologen anvendes som metafor for håndverkeren og knytte dette til maktmessige endringer i dagens psykiske helsevern.

Jan Smedslund (2016) framhever at vi har felleskunnskap som mennesker, og at vi er del av en felles kultur og et språkfelleskap.





**HENDIGE REDSKAP** Det som kjennetegner psykologens bruk av verktøy, som snekkerens hammer og rørleggerens tang, er at de er samtaleredskap. Svar på psykologiske tester og utfallsmål, for eksempel, er utgangspunkt for samtaler som gir svar på spørsmål vi og våre brukere stiller oss i vårt samarbeid, skriver Rolf Sundet. Foto: Library of Congress

Det muliggjør at psykologer kan innta et felles fokus, ha delt intensjonalitet og inngå i et samarbeid med dem du møter (Tomasello, 2019). Dette peker på at intet håndverk skjer i et vakuum. Håndverkeren og håndverk innebærer samarbeid hvor felles ferdigheter, kunnskaper og rolleutforming sørger for at samarbeidet kan bli produktivt. To håndverkere lager et bedre og sikrere byggverk enn en alene. Smedslund framhever i tillegg at vi har til felles det Hannah Arendt (1958) benevner som pluralitet. Når vi trer inn i verden, kommer det noe som aldri har vært der før, og når vi forlater den, forsvinner noe som aldri vil komme igjen. Vi er unike i en uerstattelig forstand, forskjellige og del av en mangfoldighet (Arendt, 1958). Dette er en forskjellighet og unikheter som enhver psykolog må forholde seg til. Det er i denne unikheten vi finner kilden til og nødvendigheten av å lage et tilpasset tilbud til enhver vi møter som psykologer. På liknende vis vet treskjærereren at intet stykke tre er likt, en må tilpasse seg de mulig-

heter for utskjæringer som treverket tilbyr. Walderhaug starter sitt bilde av håndverkeren som en som anvender verktøy. Det er her jeg særlig finner psykologen som en god metafor for håndverkeren. Som psykolog er jeg avhengig av verktøy. Det som kjennetegner psykologens bruk av verktøy, som snekkerens hammer og rørleggerens tang, er at de er samtaleredskap. Svar på psykologiske tester og utfallsmål, for eksempel, er utgangspunkt for samtaler som gir svar på spørsmål vi og våre brukere stiller oss i vårt samarbeid. Dette gjelder ikke bare standardiserte tester, men like mye psykologisk teori som en måte å standardisere vår kunnskap på i en generalisert form. Snekkeren og rørleggeren bruker sitt verktøy i et samspill eller en samtale med det materialet de arbeider med. Det betyr at det aldri er det standardiserte verktøyet som gir oss svar på det problemet håndverkeren står overfor. Det er i bruken av verktøyet at svar trer fram, som produkt, gjenstand eller løsning på et problem, «krana lekker ikke lenger».



Walderhaug tar vare på nødvendigheten av at psykologen bruker verktøy, mens Ottesen tar vare på verktøyets bruk som samtale- og samværsredskap. Samtidig vil psykologen være forsiktig med å standardisere bruken av verktøyet. En test har sitt spesifikke og begrensede bruksområde, samtidig som innholdet kan anvendes i en uendelighet av samtaler. Det samme gjelder for håndverkeren. En hammer har sitt bruksområde, men den kan brukes på en uendelighet av situasjoner, også på områder hvor det ikke er vanlig. I tråd med Walderhaug gir ikke bruken av et standardisert redskap et standardisert svar, og Ottesen viser nettopp at det alltid er en begrensning i en standardisert bruk av et standardisert redskap, og at det er i frigjøringen fra en enhetlig bruk at kreativitet og nyskaping kan oppstå. Standardisering gir muligheter, men også klare begrensninger når en flytter standardiseringen fra redskapet til bruken av det. Det ville være en stor begrensning for snekkeren hvis hammeren bare kunne brukes til å slå spiker med. Problemet er derfor ikke nødvendigvis at standardisering mangler spesifisitet, men at standardisering innebærer en begrensning i hva du kan gjøre, særlig når du må dokumentere at bruken er innenfor rammer som er satt av statlige autoriteter, tilsyn eller andre.

#### KONTEKST OG SITUASJON

Ottesen peker på kontekst og situasjon som avgjørende element i en psykologs arbeid. Vi vet at når du har et godt nettverk rundt deg, god økonomi og stabil arbeidssituasjon, gir det deg et helt annet utgangspunkt for behandling enn når du er enslig forsørger, arbeidsledig og trangbodd uten et stort nettverk. I den første situasjonen kan en mer eller mindre gå rett på det som er problem eller lidelse, mens i det andre tilfellet må psykologen, som del av behandlingsarbeidet, sørge for at den økonomiske og sosiale konteksten gir en sikker og trygg livssituasjon for personen. Uten en slik sosial komponent blir behandlingsarbeidet i verste fall umulig, i beste fall dårlig tilpasset. Akkurat som for psykologen blir en viktig del av håndverkerens arbeid å forholde seg til kontekst, som sikring av grunnforhold. Bygningsarbeideren vet at å bygge på stengrunn og på leirgrunn inngir forskjellige arbeidsoppgaver, hvor leirgrunn krever sikring på en annen måte enn på stengrunn. I dette arbeidet vil en kunne møte både det usikre og det uoversiktlige, og

det er derfor tilpasning blir avgjørende i håndverkerens arbeid.

For psykologen er det også slik at livssituasjon og kontekst kan innebære usikkerhet, kaos og uoversiktighet som gjør det vanskelig å standardisere. I tråd med pluralitet (Arendt, 1958) vil en alltid stå overfor noe som en aldri har møtt før, et problem, en situasjon, en mening, en fornemmelse, et ønske eller annet som ikke passer med en standardisering. Problemet med standardisering her, slik Ottesen påpeker, er at en forenkler noe som har en større kompleksitet enn det standardiseringen er laget for. Faren er at psykologen ikke bare søker trøst, men rett og slett unngår virkelighetens kompleksitet ved å la standardiseringen styre, og i verste fall være utgangspunkt for å peke på sider ved pasienten som årsak til mangel på endring. Gode gamle eksempler på slik unngåelsesatferd hos psykologen er å henfalle til eksternaliserende forståelsesformer av problemet en står overfor, ved å konkludere med at den som en arbeider sammen med, «mangler motivasjon», «ikke er tilgjengelig for behandling» eller «mangler mentaliseringssevne». Selvfølgelig kan håndverkeren rette søkelyset mot materialet en jobber med og redskapene en har fått, og si at det er for dårlig, eller at oppdraget er umulig, men i hovedsak vil den effektive håndverkeren prøve å tilpasse seg det en møter og hva dette muliggjør. For sikkerhets skyld vil jeg understreke at det materialet psykologen arbeider med i sitt virke, ikke er personer. Materialet er tanker, følelser, ideer, meninger, handlinger hos en selv og den en samarbeider med, samt den konteksten de står i. Håndverkere jobber heller aldri i et vakuum, men forskjellen er at mens håndverkeren som oftest jobber med et fysisk materiale, vil psykologen alltid arbeide med det materialet som den selv og personen en samarbeider med bringer inn, i form av mentale og sosiale størrelser. Det er derfor helt klart grenser for hvor mye psykologen kan fungere som metafor for håndverkeren. Det er kvalitative forskjeller gjennom ulikhetene i materialet en arbeider med.

#### RELASJON

Felles for både psykologen og håndverkeren er at de må samarbeide med personene de relaterer seg til, i møte med materialet det arbeides med. Både relasjonen til personen og til materialet en arbeider med, er en felles faktor



i psykologens og håndverkerens virke. Sentralt er respekt for personene en samarbeider med og for deres materiale. Respekt er å ta på alvor det som materialet tilbyr av muligheter. Det hjelper verken psykologen eller håndverkeren å klage på personen eller materialet en møter. Håndverkeren kan selvfølgelig bytte ut byggematerialet, noe psykologen ikke har mulighet til. Uansett må du tilpasse deg det du har og møter. Det er kanskje her en kan begynne å ane at psykologen, som Walderhaug framhever, ville skape problem for håndverkeren hvis håndverkeren tenker at den beste løsningen på et problem er standardisering. Å følge standarder er en del av håndverkerens repertoar i sitt arbeid, men om det skulle være overordnet alt annet, ville det skape problemer. Standardisering må brukes der det passer, og det passer ikke overalt. Improvisasjon og innovasjon er sentrale deler av både psykologens og håndverkerens virke som følge av møte med det unike og forskjellige.

### Å LAGE NOE

I sin analyse av det «å lage noe» viser den skotske antropologen Tim Ingold (2013) at en mulig tilnærming når en skal skape noe, er å først lage et bilde og en plan av det. Dette er et kognitivt arbeid der en spesifiserer det som skal lages, og hvordan dette skal gjøres. Tanken er da at å følge denne planen eller standardiserte oppskriften vil bringe fram det en skal lage. Han kaller dette en hylomorfisk modell eller hylomorfisme, fra gresk *hyle* (materiale) og *morph* (form). Når en med utgangspunkt i et mentalt bilde eller formulert plan søker å påføre et materiale en spesifikk form, kan en si at hylomorfisme er operativt (Ingold, 2013). Problemet er, ifølge Ingold, at dette ikke griper hva som faktisk skjer når en håndverker lager noe. Her ser vi hvordan en type psykolog kan fungere som en metafor for en type håndverker. Generalisert psykologisk kunnskap ut fra psykologisk forskning og teori, uttrykt gjennom manualer og standardiseringer, er en nødvendig del av psykologens kunnskap. Samtidig vet den praktiserende psykologen at dette er mulige startsted og anbefalinger om måter å lage en psykoterapi på. Å lage en terapi som er hjelpsom og virksom innebærer mye mer enn å følge en oppskrift, selv om «å følge» oppskriften, slik Walderhaug påpeker, gir rom for variasjon i innholdet av oppskriften. Samtidig ligger det i perspektivet til Ottesen at det er grenser for hvor langt en kan strekke standardiseringen. For en rekke personer må en gi et alternativ til en standardisert behandling. Hennes beskrivelse tydeliggjør nettopp en måte å forholde seg på i slike situasjoner.

For Ingold er planen et startsted og ikke noe du bruker for å påføre noe en form gjennom å følge en plan. Derfra starter en prosess som er mye mer lik det en kunne kalle vekst og utvikling. Vekst innebærer et samspill mellom pasienten og terapeuten hvor materialet det arbeides med, sees som noe aktivt og levende som tilbyr visse muligheter og avviser andre. Det er hva materialet tilbyr eller gir mulighet til, som blir avgjørende. Som sønn av en treskjærer, men uten talent for treskjæring, lærte jeg fort at «å skjære mot veden» aldri førte til at du fikk laget de krusedullene som kubbestolen skulle utsmykkes med. En måtte følge vedens bevegelser. Dette er nettopp det både psykoterapiforskningen (Wampold & Imel, 2015) og atferdsgenetikken (Plomin, 2018) lærer oss. Behandlingen må tilpasses det enkelte individ gjennom å justere seg etter hva materialet som en jobber med, tilbyr. Psykologen og håndverkeren er her ett.



Vekst innebærer et samspill mellom pasienten og terapeuten hvor materialet det arbeides med, sees som noe aktivt og levende





For psykologen er det også slik at livssituasjon og kontekst kan innebære usikkerhet, kaos og uoversiktlig som gjør det vanskelig å standardisere

#### **NØDVENDIGHETEN AV TILBAKEMELDING**

Standardisering, å tilpasse standardiseringen og å bevege seg utenfor standardiseringene inngår i psykologens arbeid. Tilpasset terapi lages sammen med den som søker hjelp. Det er situasjoner hvor håndverkeren må fravike planen og improvisere fram løsninger. Håndverkeren vet at planen må tilpasses og endres underveis: Det inngår i håndverket å arbeide seg fram til målet gjennom prøving og feiling. Dette siste tilfellet viser hvor avgjørende det er med tilbakemelding.

Et av problemene for psykologen er tilgangen til umiddelbar og nøyaktig tilbakemelding. I de siste 20 årene har dette endret seg gjennom rutinemessig utfallsvurdering. Systematisk tilbakemelding fra pasienten om effekten av ens virke, både når det gjelder prosess og utfallet av samarbeidet, har styrket seg. System som OQ45 (Lambert, 2010) eller PCOMS (Miller et al., 2005) gir god hjelp. Vi ser betydningen av at redskap er standardiserte. Tilbakemeldingssystemene kan både bekrefte og avkrefte standardiserte måter å arbeide på i enkeltsaker. Det enhver psykolog må spørre seg om, er hvilket system man vil anvende for å sikre tilbakemelding på prosess og resultat. Dette er stedet hvor dokumentasjon er avgjørende for praksis, fordi tilbakemeldingssystemet, via enkelt-skårene fra pasienten, gir indikasjoner på hvordan arbeidet utvikler seg, og om det gjøres på måter som er hjelpsomt. Indikasjoner fordi skårene ikke gir svar på hvordan man skal arbeide. De er bare utgangspunkt for samtaler som kan gi slike svar (Sundet, 2017). De er samtaleredskap som åpner opp for at pasient og terapeut får et rikere materiale å arbeide med. Hvordan pasienten opplever behandlingen, er sentralt materiale når en lager en hjelpsom praksis. Igjen finner jeg et nært sammenfall mellom psykologen og håndverkeren, der de begge er avhengig av umiddelbar og kontinuerlig tilbakemelding om prosess og utfall.

#### **DEN IMAGINÆRE MOTSETNINGEN**

Walderhaug skaper en imaginær motsetning mellom håndverkeren og kunstneren i et felt hvor spørsmålet om kunst, etter mitt skjønn, ikke hører hjemme. Samtidig bringer hun fram et bilde av håndverkeren som en som realiserer sitt virke gjennom standardiseringer. Det kan reise spørsmål om hvorvidt Walderhaug har valgt feil metafor for å beskrive sin psykolog. Hennes beskrivelse minner ikke mye om håndverkeren, men mer om industriarbeideren. Ikke for å si noe galt om industriarbeideren, men masseproduksjon og standardisert samlebåndsvirksomhet er ikke en god metafor for psykologen. Ottesen bringer inn Ashbys (1958) lov om nødvendig variasjon. For å kunne møte den variasjonen i problem, utfordringer og lidelse som finnes der ute i verden, må vi i psykisk helsevern ha samme variasjon i handlings- og behandlingsmåter. Standardiserte arbeidsmåter er en del av denne variasjonen. Men på grunn av det unike og uerstattelige ved den enkelte av oss, både pasienter og terapeuter, må vi sammen være i stand til å lage behandlingsopplegg som passer og er til hjelp. Ut fra evidensbasert kunnskap vet vi at pasienter som ikke får hjelp av standardiserte metoder, er en del av variasjonen. Det framtidige psykiske helsevernet må derfor utvikle arbeidsmåter som gjør det mulig å lage behandlingstilbud til den enkelte, i tillegg til å bruke standardiserte metoder. Det er slik jeg leser arbeidsmåten til Ottesen. Hun lager terapi sammen med pasienten i det enkelte møte, korrigerer og utvikler dette fra gang til gang. Den politiske utfordringen er at våre helsebyråkrater og ledere må klare å tilby oss en tjenesteorganisering

som understøtter og muliggjøre et mangfold av behandlinger. Kanskje må den enkelte psykolog bli en partipolitisk uavhengig aktivist som sørger for at enkeltpersoner og deres familier får del i et slikt mangfoldig og tilpasset tilbud. Å være psykolog blir da å være et korrektiv og en motmakt til det helsevesenet som vi nå bygger opp rundt standardiseringer, kontrollrutiner og andre styringsformer. Det er nødvendig at psykologen blir en politisk aktivist, da disse styringsformene, med vekt på standardisering og kontroll, er et uttrykk for en politisk ideologi med helt klare samfunnsmessige og politiske føringer og valg. Denne ideologien setter individet i sentrum, samtidig som den er avhengig av et dekontekstualisert og generalisert individ hvor det unike og forskjellige er fjernet. Faren er at de som ikke passer inn i det standardiserte tilbudet, blir ekskludert. Stan-

dardiseringen av behandling er understøttet av at arbeidsformene har blitt prøvd i det randomiserte kontrolldesignet. Dette designet angir nettopp et generalisert individ, identifisert og uttrykt via en diagnose. Vekten blir ikke da på et autonomt og unikt individ, men på et medlem av en diagnostisk gruppe. Paradoksalt nok er derfor denne individorienterte ideologien og styringspraksisen avhengig av et dekontekstualisert og desubjektivert individ. Ottesen peker nettopp på det farefulle her i sin beskrivelse. I dagens behandlingssystem kan personer lett bli standardiserte, desubjektiverte og kontrollerte via en terapeut som er desubjektivert, standardisert og kontrollert. Heldigvis er min erfaring at både pasienter og psykologer viser sin protest mot dette ved fortsatt å søke, på godt håndverksmessig vis, å lage tilpasset og likeverdige terapi. ✕

## REFERANSER

- Arendt, H. (1958). *The Human Condition* (2. utg.). The University of Chicago Press.
- Ashby, W. R. (1958). Requisite variety and its implications for the control of complex systems. *Cybernetica*, 7, 83–99.
- Ingold, T. (2013). *Making. Anthropology, Archaeology, Art and Architecture*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203559055>
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of Treatment Failure. The Use of Measuring, Monitoring, and Feedback in Clinical Practice*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12141-000>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R. & Brown, G. (2005). The Partners for Change Outcome System. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 199–208. <https://doi.org/10.1002/jclp.20111>
- Ottesen, A. (2021). En sakte invasjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 58(2), 129–131.
- Plomin, R. (2018). *Blueprint. How DNA makes us who we are*. Allan Lane.
- Smedslund, J. (2016). Practicing psychology without an empirical evidence-base: The bricoleur model. *New Ideas in Psychology*, 43, 40–56. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2016.06.001>
- Sundet, R. (2017). Feedback as means to enhance client-therapist interaction in therapy. I: T. Tilden & B. E. Wampold (red.), *Routine Outcome Monitoring in Couple and Family Therapy. The Empirically Informed Therapist* (s. 121–142). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-50675-3\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-319-50675-3_7)
- Tomasello, M. (2019). *Becoming Human. A Theory of Ontogeny*. The Belknap Press of Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/9780674988651>
- Walderhaug, P. L. (2021.) Standardisering har fremmet faget. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 58(3), 214–215.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work* (2. utg.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Wilden, A. (1972). *System and Structure. Essays in Communication and Exchange*. Tavistock Publications.

# Dissosiativ identitetslidelse fra innsiden

Inne på psykologkontoret sitter psykologen og Anne. Sammen med dem er også åtte andre persondeler. I terapien jobber de for å samarbeide godt, ta vare på kroppen og klare å leve best mulig i hverdagen. Ordene «jeg tåler hele deg» har betydning mye.

## TEKST OG ILLUSTRASJON

Anne Naustvik, erfaringsformidler, kunstner, student, psykiatrisk pasient

**MITT NAVN ER** Anne og jeg har dissosiativ identitetslidelse, DID, også kalt multipel personlighetsforstyrrelse.

Derfor er jeg også Emma, Lea, Maske-Anne, Lille, Aron, Kamp, Omsorg og Maria. En av mine roller har de siste ti årene vært som psykiatrisk pasient. De siste årene har jeg også vært erfaringsformidler ved Stavanger universitetssjukehus, og opplevelsene som jeg sitter med, vil jeg bruke i denne teksten. Alle med DID har sine ulike symptomer og måter å leve med denne lidelsen på. Det kan være vanskelig å komme med eksempler som vil romme alt. Jeg må derfor ta utgangspunkt i meg selv og min behandling.

Dissosiasjon handler om en tillært ferdighet som utvikler seg som en konsekvens av traumatiske opplevelser. Begrepet «dissosiasjon» er basert på flere år med observasjoner og studier (Boon, 1997; Van der Hart & Boon, 1997; Van der Hart et al., 2006). Dissosiasjon skjer når evnen til å ta til seg opplevelser, følelser og tanker blir forstyrret. Hvis en blir traumatisert i barndom og oppvekst, kan muligheten for å samle og integrere opplevelsene til en hel

og sammenhengende livshistorie bli alvorlig svekket (Boon et al., 2014).

## TI ÅRS REISE I PSYKIATRIEN

Jeg startet som pasient i BUP da jeg var fjorten år. Jeg kom dit på grunn av angst, selvskading og symptomer på tvangslidelse. Dette utviklet seg videre i retning av økende selvskading, samt depressive og psykotiske symptomer. Jeg ble utredet for psykose og fikk denne diagnosen da jeg var 16 år. Diagnosen gikk over i en schizoaffectiv lidelse – depressiv type sammen med uspesifisert dissosiativ lidelse. Jeg har vært innlagt en rekke ganger ved voksenpsykiatriske avdelinger, oftest på lukkede poster inne på sykehuset i periodene hvor formen har vært dårligst. Jeg har vært i poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten når jeg ikke har vært innlagt. Det er blitt satt en lang rekke ulike diagnoser av forskjellige behandlere uten en ordentlig utredning de siste åtte årene. I dag er jeg 24 år, jeg har fått diagnosen DID, og jeg får ukentlig poliklinisk behandling hos en svært god psykologspesialist. Det er lenge siden den siste innleggelsen.





### DELENE OG

**HELHETEN** En hullede film, en hullede hverdag. Du blir som en detektiv i eget liv for å finne ut hva du har gått glipp av. De ulike delene i meg deler samme kropp, men de bærer ulike minner, ferdigheter og til dels ulik atferd, skriver artikkelforfatteren.

Det kan være utfordrende å oppdage forskjell på psykose, personlighetsforstyrrelse og DID. Min DID ble ikke oppdaget før etter ti år som pasient. Mot slutten av behandlingen ved Stavanger universitetssjukehus ble jeg fortalt i samtale med sykehuset at de er spesialisert innen psykose, affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser, og vil kun behandle meg ut fra denne kunnskapen. De sa at de ikke kunne behandle meg ut fra DID, og at de så at jeg har en kompleks lidelse som de selv ikke har kompetanse på. Dette er bakgrunnen for at jeg etter ti år valgte å starte hos privatpsykolog. Hun er spesialist på blant annet DID, og jeg har svært god erfaring med henne. Jeg føler meg endelig forstått og gitt tid og rom for *hele* meg. Likevel synes jeg det er leit at spesialisthelsetjenesten i en så stor by forteller at de ikke har noen psykologer tilknyttet sykehuset som har spesialkompetanse innen DID. Jeg skulle ønske at det ble jobbet for å få inn kompetanse også på denne diagnosen. Jeg vet om andre pasienter

rundt om i Norge hvor psykologen deres ikke har spesialkompetanse innen feltet fra før, men likevel velger å gå inn for å tilegne seg mer kunnskap. Det står det respekt av.

Fra min egen historie satt jeg med opplevelser som jeg ikke skjønnte hva var for noe. Jeg visste ikke at noen andre kunne ha samme type opplevelser, og jeg trodde ikke at jeg kom til å bli forstått hvis jeg forsøkte å forklare behandlere hva som skjer. Jeg brukte kunsten min for å uttrykke meg. En gang jeg var innlagt på voksenpsykiatrisk avdeling, var det en behandler som plukket opp kunsten min, sammen med at vi hadde samtaler. Han skrev i journalen da jeg var 21 år: «Tror det dreier seg om en veldig sjelden lidelse som er vanskelig å kategorisere formelt. Antar at det dreier seg om kompleks dissociativ lidelse (...)» Etter dette ble jeg mer usikker, og jeg visste lite om temaet. Jeg fikk spørsmål rundt

”

Det har vært en lang rekke ulike diagnoser som har kommet fra ulike behandlere uten en ordentlig utredning de siste åtte årene



Det som hjelper best, er når psykologen og jeg sammen kan finne ut av hvordan de ulike delene fungerer

Modellen for strukturell dissosiasjon er et forsøk på å organisere forståelsen av traumer og dissosiasjon på grunnlag av en integrasjon av klassisk og moderne traumeteori (se van der Hart et al., 2004, 2006 og Nijenhuis et al., 2006). Ut fra denne teorien kommer begrepene ANP (*Apparently normal personality*) og EP (*emotional personality*). Fra forklaringen om *tertiær dissosiasjon* vet en at en person med DID kan ha flere ANP-er og flere EP-er. Dette kommer også frem i mitt liv:

EP: Lille, Kamp, Emma, Maria og Aron  
ANP: Anne, Maske-Anne, Omsorg og Lea

opplevelser, tanker og følelser, og jeg fikk høre om eksempler på dissosiativ lidelse og hvor jeg deretter skulle fortelle om jeg hadde hatt lignende opplevelser. Vi gikk ikke mer i dybden ved denne innleggelseren, men «uspesifisert dissosiativ lidelse» sto likevel på papiret. I jobben min som erfaringsformidler, i terapien og i en prosess hvor jeg skriver bok, får jeg mer kjennskap til både mine egne deler og teori rundt denne dissosiative lidelsen. Da har jeg kunnet «plassere» opplevelsene mine, slik at jeg selv har fått en større forståelse omkring hva som har skjedd og fremdeles skjer med meg. Det som hjelper best, er når psykologen og jeg sammen kan finne ut av hvordan de ulike delene fungerer, hvilken funksjon de har, hvordan jeg kan romme dem, og hvordan vi som «system» kan *samarbeide* best mulig.

#### OPPLEVELSEN AV Å MISTE TID

I begynnelsen av terapien hos min nye psykologspesialist prøvde jeg å fortelle hvordan en dissosiativ opplevelse føles: Se for deg at du sitter og ser på en film. Den handler om en vanlig dag i livet, og du har sett på den en stund. Plutselig blir bildet uklart, som om det legger seg tåke over skjermen. Kanskje kjenner du at kroppen blir litt nummen, og du får bare delvis med deg hva som skjer. Så letter tåken og du kan se at filmen bare har fortsatt, selv om du ikke har klart å se skjermen tydelig. Deretter faller det plutselig et svart teppe ned foran skjermen. Alt blir mørkt. Men like brått som teppet gikk ned, går teppet opp igjen. Du vet ikke hvor lenge det har vart, og du klarer heller ikke å skjønne hva som har skjedd i filmen mens teppet dekket skjermen. Slik kan det oppleves når jeg, Anne, dissosierer og en annen av delene mine kommer frem. En hullete film, en hullete hverdag. Du blir som en detektiv i eget liv for å finne ut hva du har gått glipp av. De ulike delene i meg deler samme kropp, men de bærer ulike minner, ferdigheter og til dels ulik atferd. Prosesser med å avvise eller tilegne seg erfaringer skjer parallelt med hverandre. Dette betyr at en del av en selv tilegner seg erfaringen av en opplevelse, mens en annen del ikke gjør det.

#### STRUKTURELL DISSOSIASJONSTEORI, HUKOMMELSESTAP OG «SKIFTER»

Jeg husker svært lite når delen «Lille» har vært fremme. Derfor vil jeg komme med et eksempel på hvordan det *kanskje har forløpt* når Lille har «skiftet» til en annen del av meg. Denne delen er en som heter «Maske-Anne». Hun er den av oss som er strukturert og blant annet ordner avtaler. Delen min «Lille» er ofte er redd og trist. Derfor er disse nevnt i eksempelet:

Maske-Anne: Beklager at jeg kommer litt for sent. Jeg pleier alltid å holde styr på avtaler og slikt.

Psykolog: Det går helt fint. Gikk reisen hit fint? Tok du buss eller taxi denne gang?

Maske-Anne: Jeg husker jeg bestilte taxi, men så var jeg plutselig bare her på venterommet ...

Psykolog: Å? Vet du hvem av dere som var der i taxien?

Maske-Anne: Nei ... Kanskje Lille, for jeg gråt da jeg fant meg selv sittende på venterommet.

Slik får psykologen informasjon om hukommelsestap og at det har skjedd et «skifte» mellom to deler. Da kan psykologen velge å undersøke nær-



mere om den delen av meg som snakker, er klar over hvilken del som har hjulpet meg slik at jeg klarte å komme meg til samtalen. Eksempelet under er derfor noe som *kan* beskrive hvordan en psykolog *kan* møte og utforske hvem persondelene til en pasient er. Jeg kommer med eksempel ut fra informasjon jeg, Anne, nå har om Lille:

Lille: (Tar opp den blå fargestiften og sier)  
«Dette er min farge!»

Psykolog: Å, du vil tegne litt?  
(Psykologen vet fra før at Annes favorittfarge er grønn.)

Psykolog: Hva heter du?

Lille: Jeg heter Lille ... Hva heter du egentlig?  
(Psykologen kan respondere med å fortelle litt om seg selv for å gjøre det tryggere for Lille som har «kommet frem» og er til stede i terapirommet.)

Lille: Jeg tror kanskje jeg er fem år, hvor mange år er du?

(Psykologen kan utforske dette litt mer for å forsøke å bli mer kjent med Lille, begynne å finne litt ut av når han kom inn i Annes liv, hva han er opptatt av, og hva som gjør at han er blitt avspaltet som en egen del.)

### TILLIT OG UTTRYKK

Dette er for meg en god måte å bygge tillit til «Lille» på. Å være åpen, nysgjerrig og utforskende i dialogen er viktig. Etter at psykologen har blitt klar over hvilken alder delen selv tror den er, bør behandler være klar over at denne barnedelen kanskje lever i «barnetid». En slik «barnedel» vil sannsynligvis trenge en annen form for tilnærming enn hva de voksne delene av meg gjør. I min situasjon har psykologen og jeg funnet ut at vi skal ha tegnesaker tilgjengelig, for vi vet at de ulike delene mine liker å tegne. Dette gjør at delen «Lille» kan få kommunisert bedre i samtaler hvor det kan være utfordrende å finne ord for det som er vanskelig. Det vil også være viktig at psykologen er klar over at denne «splittingen» til en «barnedel» har sin grunn, og sannsynligvis bærer denne barnedelen på traumatiske minner. Da må man trå varsomt og gi barnedelen tid og mulighet til å fortelle på sin måte. Etter hvert i terapien ble psykologen og jeg enige om å ha en felles tegne- og skrivebok for alle delene. Der limer jeg inn tegninger jeg har laget mellom terapitimene, men psykolo-

gen legger også frem boken i samtalen sånn at vi (jeg og de andre delene) kan tegne i selve timene. Psykologen sier det er hjelpsomt for å forstå, og hun kan bruke den som en del av journalen.

### TRYGG STØTTESPILLER

Når delene har lært at psykologen er en trygg støttespiller, er de åpne for å snakke med henne. I slutten av terapitimene pleier psykologen og jeg å oppsummere kort hva som er blitt snakket om i timen. Da får jeg for eksempel vite av psykologen at «I dag har jeg fått snakket med Emma, Kamp og deg». Det har jeg lært meg å akseptere. Jeg vet at psykologen er trygg for meg og de andre delene. Derfor stoler jeg på at også de blir godt ivaretatt. Noe av det viktigste i behandlingen er at psykologen prøver å bli kjent med *hele* meg, med alle delene. At psykologen utforsker årsakene til at hver enkelt del «finnes», deres sterke sider og hvilken funksjon den enkelte del har i livet mitt. I samtalen «skifter» kroppen gjerne fra å være voksne «Anne» til å være «Lille» på fem år, psykotiske «Kamp», perfektjonistiske «Lea», den tolvårige «Emma», ansvarlige «Maske-Anne» eller noen av de andre. De ulike delene er også ganske forskjellige; for eksempel kan de være høyre- eller venstrehendt, hver av dem kan tegne og skrive ulikt og kanskje bruke forskjellige ord når de beskriver ting. Det kan også være at de ulike delene har sine egne «følelsesmønstre», hvor en del, som «Aron», oftest er sint og irritert, mens de to små, «Emma» og «Lille», ofte er triste og redde. Når det skjer slike «skifter» mellom ulike persondelene hos en pasient med DID, er det viktig å være klar over at det ikke nødvendigvis er særlig utpregede «skifter» med store endringer, slik det gjerne fremstilles på film. Det *kan* være utfordrende å skille delene, men jeg tenker det er viktig at en i terapi blir klar over hva de ulike delene representerer, hvorfor delene eksisterer, og finne ut hvordan en kan romme og forstå de ulike delene.

Et eksempel fra hvordan en slik samtale *kan* ha forløpt mellom psykologen, Emma og Anne:

Psykologen: Er du her med meg, Anne?

Anne: Ja, jeg er her ... Å, det var kjekt å se deg igjen!

Psykologen: Det er kjekt å se deg også, Anne. Det høres ut som du har hatt det vanskelig den siste tiden?



Anne: Hvordan vet du det?

Psykologen: Jeg har fått snakket med Emma ... Hun har fortalt om hvordan dere har det for tiden, og hva som har skjedd.

Psykologen aksepterer delen, viser at hun vil bli kjent med den og gir tid til samtale. Jeg blir litt redd av dette, men samtidig er det en trygg følelse. Jeg vet nå at psykologen *ser* Emma. Altså en del jeg ikke har helt «kontakt med». Det er greit å være klar over at for noen med DID kan en oppleve å ha indre dialog mellom ulike deler. Slik kan jeg av og til vite ting om de andre. Det er viktig for meg at psykologen vier tid til alle delene, viser aksept og at hun tror på meg.

### PSYKOLOGENS DIALOG MED TO DELER

En situasjon som kan skje i terapien, er at psykologen vil snakke med en spesifikk persondel. Nok en samtale *kan ha forløpt slik* i en konsultasjon med Aron, psykologen og Anne:

Aron: (forteller om ting i helgen)

Psykologen: Takk for at du forteller meg om dette, Aron. Det var fint å snakke med deg. Men nå vil jeg gjerne snakke med Anne. Går det greit? Kan Anne komme frem og være her med meg?

Aron: ...

Psykologen: Er det Anne som er her nå? Anne, er du her?

Anne: Ja, jeg er her, jeg.

Psykologen: Aron virker sint og forteller at han skadet kroppen i helgen? Kjenner du til det?

Anne: Ja, jeg ser jo at det er sår på huden nå, men jeg husker det ikke helt. Jeg ble redd og skuffet da jeg så at han hadde gjort det. *Jeg vil ikke skade meg!* Men jeg klarer ikke stoppe ham.

Psykologen: Jeg skjønner det. Vi må få til å samarbeide bedre med Aron og få ham til å slutte å skade kroppen.

Anne: Ja, jeg er enig. Men hvordan gjør vi det?

Psykologen: Jeg vil gjerne snakke litt mer med Aron, kan jeg det? Kan Aron komme frem?

### MYTER OG HOLDNINGER OMKRING DID

Du har kanskje hørt om den myten at behandlere «former» sin egen DID-pasient? At behandlere utformer persondeler og nærmest «oppfordrer» til å fortelle om dissosiative symptomer? Dette er nok en av grunnene til at noen behandlere er engstelige for å gå inn på temaet DID.

Samtidig kan noen være opptatt av at «nesten ingen pasienter har DID, derfor kan ikke min pasient være *den ene*» eller «jeg tror ikke DID er en *ekte* lidelse». Dette lager sperrer for både pasienten og psykologen. Et tenkt dilemma kan være hvis psykologen begynner med psykoedukasjon om DID før pasienten har rapportert eller vist noen som helst form for dissosiative symptomer i retning av en DID-diagnose. Da kan dette i teorien underbygge myten om at behandler er med på å «forme» pasienten – fordi en pasient har gjerne tanker omkring «*Dette må gjelde meg? Psykologen min pleier jo å ha rett?*». Dette er dilemmaer som stadig blir tatt opp i samtaler jeg har vært med på rundt DID.

### «TRAUMELIDELSE» OG RIKTIG DIAGNOSE

Det er verdt å merke seg at DID er en kjent traumelidelse. Pasienten kan ha opplevd traumer over tid og som med meg, hvor jeg har opplevd gjentakende traumer gjennom livet, har dette påvirket oppsplittingen av nye deler. Jeg er blitt møtt av helsepersonell som sier: «du unnviker så mye, det må være unnvikende personlighetsforstyrrelse», «du må slutte å late som», «du har hallusinasjoner, det må være psykose», «du svinger sånn i humøret, det må være emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse eller schizoaffectiv lidelse.» I dag vet jeg at symptomer som unnvikelse, hukommelsesvansker, endret atferd sett ut fra indre og ytre situasjon, hallusinasjoner og humørsvingninger samlet sett kan være en del av DID. Jeg tenker at psykiatrien møtte meg uten å «se hele bildet» av min historie og de samlede symptomene. Kanskje visste de ikke bedre. For DID kan være vanskelig å oppdage, og for noen er det vanskelig å tro på. Tall viser at det er litt over én prosent av befolkningen som opplever DID (Howell, 2011; Loewenstein, 1989).

En diagnose i dagens psykiatri får stor betydning for hvordan man blir behandlet, medisinert og omtalt; det kan bli som en slags «merkelapp». Diagnoser er «ferskvare» og bør endres deretter. Vi er alle i stadig endring. Pasienter er i behandling for å bli bedre og mestre livet best mulig. Det er to ledd i samtalebehandling, både kliniker og pasient. Begge er spesialister, én på sitt fag og den andre på seg selv. I god behandling samarbeider disse godt. I dagens psykiatri virker det som at en riktig diagnose er blitt avgjørende for behandlingen. Derfor er det viktig at DID-pasienter blir oppdaget, og

dessverre har man sett at pasienter med DID ofte bruker mellom fem og nesten tolv år i psykiatrien før de får korrekt diagnose (Howell, 2011).

### Å FORSTÅ PSYKOTISKE SYMPTOMER INNEN DID

Det er kjent at klinikere debatterer skillet mellom psykose og dissosiasjon. Noen som har DID, opplever for eksempel syns- og hørselshallusinasjoner. Samtidig med dette kan en se noe som minner om ulike kroppslige sykdomstilstander: lammelse, stumhet, blindhet med mer. Ulike former for traumatisering kan føre til en form for psykoselignende personlighetsforandringer hos personen (Cullberg, 2009). En spesiell utfordring jeg har opplevd i møte med helsepersonell, er når delen «Kamp» har kommet frem, siden han var psykotisk. Da har jeg ofte blitt møtt med å ikke bli forstått eller trodd på psykosesymptomene. Dette kjennes svært sårende, avvisende og dømmende. Min nye psykologspesialist fortalte derimot at «det er fullt mulig å ha en psykotisk persondel». Jeg ble glad og lettet, endelig var det noen som forsto. Poenget er at en pasient kan ha psykotiske symptomer, uten å være fullt ut psykotisk til enhver tid. Og som med meg med DID: Jeg kan være psykotisk om morgenen, men være uten psykotiske symptomer samme kveld. Min erfaring er at svært få av helsepersonell har forstått dette. Kanskje er det sjelden eller uforståelig? Men det er likevel virkelig, og det er viktig å være klar over dette.

Avslutningsvis vil jeg fortelle at det aller viktigste for meg i behandlingen er å ha fått til et godt samarbeid med psykologen – sammen med alle delene mine. Psykologen kjennes som en trygg person, med omsorg, og som gir hjelp og støtte til *alle* i meg. Psykologen har sagt noe som har festet seg spesielt hos meg: «Jeg tåler *hele* deg. Her er det plass til dere alle, og vi skal klare dette sammen.» Det har gjort meg trygg. ✕

### REFERANSER

- Boon, S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contraindications. *Dissociation*, 10(2), 065–079.
- Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2014). *Traumereelatert dissosiasjon – ferdigheitsrening for pasienter og terapeuter* (Modum Bad, overs.). Modum Bad. (Opprinnelig utgitt 2011)
- Cullberg, J. (2009). *Psykosser – et integrert perspektiv* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Howell, E. F. (2011). *Relational Perspectives Book Series: Understanding and Treating Dissociative Identity Disorder – A relational Approach*. Routledge.
- Loewenstein, R. J. (1989). Multiple Personality Disorder: A Continuing Challenge. *Psychiatry Review*, 2.
- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O. & Steele, K. (2006). Traumereelatert dissosiasjon av personligheten: Teoretisk forståelse og begrepsforklaring. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg*. Universitetsforlaget.
- Van der Hart, O. & Boon, S. (1997). Treatment strategies for complex dissociative disorders: Two Dutch case examples. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 10(3), 157–165.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K. & Brown, D. (2004). Traumarelated dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 906–914. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006) *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W.W. Norton & Company.



Noe av det viktigste i behandlingen er at psykologen prøver å bli kjent med *hele* meg, med alle delene

## OVERSIKTSARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 VOL. 58 NR. 07 S. 672-680 DOI: <https://doi.org/10.52734/479NhF9g>

# Dissosiativ identitetsforstyrrelse i utredning av barn og ungdom: Teori og kliniske utfordringer

Linn Breen Herner<sup>1</sup>, Stein Førde<sup>1</sup>, Ingrid B. Helland<sup>2</sup>,  
Stine Knudsen-Heier<sup>3</sup> og Trond H. Diseth<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus (S-BUP), Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet  
<sup>2</sup> Barneavdeling for nevrofag, Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet  
<sup>3</sup> Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier (NevSom), Avdeling for sjeldne diagnoser, Oslo universitetssykehus

**KONTAKT**

BERLIN@ous-hf.no

**MERKNAD**

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

## Norsk sammendrag

**Bakgrunn:** Nyere forskning og klinisk praksis antyder at dissosiative symptomer og dissosiative lidelser ikke oppdages i tilstrekkelig grad, noe som kan medføre symptomforverring og økt lidelsestrykk. Basert på en kasuistikk beskriver artikkelen relevant litteratur om dissosiasjon og dissosiative lidelser. Hensikten er å gi økt kunnskap om teoretiske og kliniske aspekter av kompleks dissosiasjon og dissosiativ identitetsforstyrrelse, og betone utfordringer i diagnostisering hos barn og ungdom.

**Metode:** Forfatterne arbeider i spesialisthelsetjenesten, hvor en av målgruppene er barn og unge med sammensatte somatiske symptomtilstander, inkludert komplekse dissosiative tilstander. Det er gjennomført systematiske og usystematiske litteratursøk.

**Resultat:** Traumemodellen er sentral for forståelsen av dissosiative tilstander. Dissosiasjonssymptomer er uspesifikke og kan misoppfattes som kognitive vansker, utagering eller andre somatiske symptomer. Kvantitative mål, systematisk observasjon og kliniske evalueringer er avgjørende når man skal avdekke dissosiasjon og dissosiative tilstander.

**Implikasjoner:** Helsevesenet har potensial for å identifisere dissosiative symptomer tidligere. God utredning og behandling av pasientgruppen fordrer tverrfaglige, differensialdiagnostiske evalueringer.

**Nøkkelord:** Dissosiativ identitetsforstyrrelse, dissosiasjon, parasomni, biopsykososial tilnærming, klinisk praksis

Barne- og ungdomsklinikken på Oslo universitetssykehus Rikshospitalet (OUS-RH) utreder barn og unge med sammensatte og uavklarte somatiske symptomtilstander hvor man ikke kan finne én fysisk årsak til symptomene. Utredningene er tverrfaglige og gjennomføres i samarbeid mellom Barnenevrologisk seksjon, Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus og andre fagpersoner fra saksaktuelle spesialiteter. Peter, 15 år, ble henvist til en second opinion-utredning med grunnlag i svak behandlingsrespons på tidligere oppfølging. Lokal BUP hadde fulgt opp Peter over tid på grunn av en sammensatt problematikk som inkluderte søvnforstyrrelser og utagerende atferd på kveld og natt i nær relasjon til søvn. Den utagerende atferden kunne også opptre på dagtid. Ambulant og poliklinisk oppfølging hadde gitt begrenset effekt, og man ble stadig mer usikker på mulige underliggende årsaker. I den tverrfaglige utredningen konkluderte man etter hvert med at *kompleks dissosiasjon* stod sentralt for forståelsen av problemet, en forståelse som vendte opp ned på videre tilnærming og behandling av Peter. Et bredt tverrfaglig samarbeid var avgjørende for en adekvat vurdering av guttens parasomni og parasomniens betydning for det totale symptombildet. Saken aktualiserte en gjennomgang av litteratur om dissosiasjon, dissosiative lidelser og spesielt dissosiativ identitetsforstyrrelse.

Flere fagmiljøer har uttrykt bekymring for at dissosiative symptomer ikke beskrives eller diagnostiseres i tilstrekkelig grad (Diseth, 2005; Loewenstein, 2018; Reinders & Veltman, 2020), en bekymring vi deler basert på klinisk erfaring. Kasuistikken illustrerer at svak kartlegging og diagnostikk kan føre til forverring av symptomer og økt lidelsestrykk. Tverrfaglige og differensialdiagnostiske vurderinger er sentrale ved spørsmål om hvorvidt somatiske forhold, som søvn sykdom (parasomni) og epilepsi, delvis eller fullt ut kan forklare symptomene. I denne artikkelen vil vi løfte frem relevant litteratur om dissosiasjon og dissosiative lidelser for å fremme bevissthet om symptomatologien og gi økt forståelse av lidelsene. Videre viser vi hvordan parasomni kan virke inn i et symptombilde. Begreper, forståelse og implikasjoner for praksis belyses gjennom kasuistikken om Peter (P).

P hadde hatt kontakt med BUP fra førskolealder på grunn av et sammensatt symptombilde med bevegelsesforstyrrelser, oppmerksomhetsvansker, utagering og parasomni i form av søvngjengeri. Det hadde vært enkelthendelser med alvorlig utagerende atferd der P utsatte andre personer for fare. En gang fjernet han sikkerhetsnettet under et høyt lekestativ på en lekeplass, noe som resulterte i en fallskade neste dag.

Han gav familiens katt mat den ikke tålte slik at den ble syk, og man fant ødelagte bremses på familiens sparkesykkel. Atferden skilte seg fullstendig fra P sin øvrige fremtreden og verdigrunnlag. Tilfellene hadde hovedsakelig inntruffet på kvelden eller om natten, og enkelte ganger på dagtid, hvor man var usikker på om han hadde sovet rett før hendelsen. P hadde ingen minner om det inntrufne. Foreldrene var opptatt av å få en grundig revurdering av søvnforstyrrelsen og medikasjonen. De var usikre på grensesetting og opplevde situasjonen som svært vanskelig å håndtere. Felles for pasient, foreldre og deler av det lokale behandlingsapparatet var: Vi forstår det ikke, dette henger ikke sammen.

## Metode

Det ble gjennomført systematiske og usystematiske søk i databasene MEDLINE, PubMed, PsycINFO og UpToDate. Søkeordene Dissociative Identity Disorder, Multiple Personality Disorder, sleep disorder og somnambulism ble brukt alene og i kombinasjon. Siste søk var oktober 2020. Førsteforfatter vurderte treff og leste gjennom relevante abstrakter. I tillegg til databasesøkene ble aktuelle artikler og lærebøker fra fagmiljøet inkludert. Referanselister til sentrale artikler ble også gjennomgått. Prosessen med litteratursøk resulterte i et stort volum tekster, omtrent 65 artikler og fem lærebøker. Særlig 32 tekster dannet kunnskapsgrunnlaget for det videre kliniske arbeidet i saken. Tekstene som ble valgt ut, ble vurdert som særlig faglig relevante for saken. De spesifikke arbeidene er sitert i artikkelen.

Forfatterne var del av det tverrfaglige teamet som fulgte pasienten under utredning og videre veiledning av lokale tjenester. Kasusbeskrivelsen er basert på informasjon om saken fra tverrfaglig utredning, oppfølging og veiledning over 12 måneder, i tillegg til journalnotater som dokumenterer fremgangsmåte og bakgrunn for de diagnostiske vurderingene. Kasuset er grundig anonymisert slik at det ikke skal kunne gjenkjennes. Familien har lest kasuistikken og har gitt informert og skriftlig samtykke til publikasjon.

## Dissosiasjon

Dissosiasjon refererer til det å spalte av inntrykk som er for vanskelige eller overveldende til at de kan integreres og lagres som en hel opplevelse i bevissheten og hukommelsen. Erfaringer som ellers ville henge sammen, er skilt fra hverandre i delhukommelser (Diseth, 2005). Dissosiasjon defineres som brudd i ellers integrerte kognitive prosesser som bevissthet, hukommelse, identitet og persepsjon (APA, 2013).



Koblingen mellom traumatiske erfaringer og utvikling av dissosiasjon underbygges av flere studier (se f.eks. Dalenberg et al., 2012). Ifølge *Traumemodellen* (van der Hart et al., 2006) er dissosiasjon en psykologisk forsvarsmekanisme som beskytter og hjelper individet til å håndtere traumatiske eller overveldende hendelser (van der Hart et al., 2006; Loewenstein, 2018). Inntrykk fra traumet deles opp gjennom aktivisering av ulike bevissthetstilstander, noe som modererer påvirkningen av traumet. Traumets fulle betydning blir adskilt fra personens vanlige bevissthet (Loewenstein, 2018).

I ICD-10 kategoriseres dissosiative symptomer under gruppen stress- og traumerelaterte lidelser F44.0–F44.9. Symptomene er klassifisert som *psykoforme* eller *somatoforme (konversjon)*. Psykoforme omfatter blant annet dissosiativ amnesi, fugue og transe. Somatoforme refererer til forstyrrelser av motorisk fungering, slik som lammelser, kramper, sanseutfall og kraftnedsettelse. Blandet dissosiativ forstyrrelse inkluderer symptomer på både psykoform og somatoform dissosiasjon (Diseth & Christie, 2005). Dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID) omfatter forekomst av to eller flere distinkte personlighetstilstander, med tilbakevendende bortfall av hukommelse for hendelser og opplevelser, viktig personlig informasjon og/eller traumatiske hendelser. Amnesien skiller seg fra vanlig glemsel og skyldes ikke bruk av rusmidler eller medisiner (APA, 2013).

Dissosiasjon defineres og brukes forskjellig av ulike forskergrupper og fagmiljøer (Nijenhuis & van der Hart, 2011). Det er vanlig å klassifisere dissosiasjon dimensjonelt langs et kontinuum, fra dissosiasjon som ledd i normalfungering til patologisk dissosiasjon. Eksempel på førstnevnte kan være dagdrømming, mens derealisasjon, depersonalisasjon og DID er av alvorlig, patologisk karakter (Diseth, 2005). Nijenhuis og van der Hart (2011) argumenterer for en mer avgrenset definisjon av dissosiasjon, som ekskluderer dissosiasjon som del av normalfungering.

Dagens diagnosesystemer inkluderer både spektrumsforståelsen, der DID ses som ytterpunktet av patologisk dissosiasjon, og en forståelse av DID som et uttrykk for deling av personligheten i dissosierte deler. Det er denne definisjonen vi forholder oss til som klinikere, og som vi refererer til her.

### Ulike dissosiative fenomener

Fragmentering av bevisstheten er en del av menneskets natur (Stout, 2001). På et spektrum av tilstander kan man bevege seg fra normalfungerende fragmentering til økende grad av frakobling og veksling mellom ulike bevissthetstilstander. Vekslingen kan

være ledd i annen psykopatologi eller ledd i en dissosiativ lidelse. Fenomenene omfatter blant annet *kortvarig fjernhet*, en ut-av-kroppen-opplevelse med avbrutt tidsopplevelse, og *vanemessige dissosiative reaksjoner* der personen kan synes å ignorere andre og unngå emosjonelle temaer. Det er *dissosiasjon fra emosjonelle tilstander* der man kan føle lite når man burde ha følt mye, og *dissosiasjon fra vanskelige følelser* eksemplifisert ved uttalelser som «jeg blir aldri sint». *Forstyrrelse av dissosiert egotilstand* innebærer at personen midlertidig blir påvirket av følelser som oppleves å tilhøre en annen personlighet, en som ofte er sint, beskyttende og klandrende. Her beskrives en veksling, ofte etterfulgt av en undring over hvorfor man plutselig ble så sint på noe eller noen. *Demifugue* er en generell frakobling fra seg selv og andre, som kan oppleves som enten frustrerende eller trygt. *Fugue* innebærer en periode med total black-out. I denne tilstanden kan personen agere som normalt, men husker ikke hva som har skjedd i ettertid. Selvbevisstheten antas å være frakoblet, mens visse intellektuelle funksjoner er igjen. Sett utenfra synes personen å fungere normalt (Stout, 2001).

P fremsto som en vennlig og høflig gutt. Foreldrene beskrev ham som hjelpsom, omsorgsfull, snill, kreativ og initiativrik. Han hadde venner, men kunne lett havne i konflikter. Skolemessig hadde P gode ressurser, men viste vekslende motivasjon og evne til å fokusere. Han hadde spilt håndball, piano og fiolin. P var fokusert, fikk med seg spørsmål og svarte adekvat i intervju- og testsituasjoner. I mindre strukturerte situasjoner fremsto han oftere som frakoblet. I familiesamtaler der man kom inn på hendelser hvor han hadde hatt utagerende atferd, fremsto han som fjern og til dels emosjonelt upåvirket. Han hadde få ord for å beskrive hvordan han opplevde sin situasjon. Andres reaksjoner på tilfellene av voldshandlinger gjorde ham forvirret og sint.

### Dissosiativ identitetsforstyrrelse

DID regnes som den mest komplekse av de dissosiative forstyrrelsene (Schlumpf et al., 2013), og relateres til tidlige og gjentatte barndomstraumer (Dalenberg et al., 2012; Diseth, 2005; van der Hart et al., 2006). Epidemiologiske studier indikerer at prevalensen av DID er mellom 1,1 og 3,5 % i den generelle befolkningen (Loewenstein, 2018). Det er vanskelig å fastslå forekomsten siden DID kan ligge under mer åpenbare vansker som rusmiddelmisbruk, depresjon eller suicidalitet. Tilstandens fenomenologi er også en faktor. Fullstendig eller delvis amnesi for hendelser og begrenset bevisst-



het om vanskene kan gjøre symptomene usynlige for personen selv. Personer med dissosiativ lidelse søker sjelden behandling eller terapi ut fra tilstanden alene (Urbina et al., 2017).

Til tross for at DID har vært anerkjent av diagnosemanualene DSM og ICD siden 1980- og 90-årene, er det kontroverser knyttet til diagnosen (Reinders & Veltman, 2020). Skeptikere mener at symptomer som er forenlige med DID, kan simuleres av friske personer, og at diagnosen kan brukes som alibi for ulovlige eller kriminelle handlinger (Loewenstein, 2018). I kontrast til Traumemodellen (van der Hart et al., 2006) postulerer *The Fantasy Model* (Loftus, 1993) at DID er et resultat av at spesielt sårbare personer har fått traumene nærmest plantet av terapeuten gjennom psykoterapi som falske minner. Man tenker seg at terapeuten har brukt for eksempel hypnose for å hente frem og bearbeide falske traumeminner, som siden beskrives som pasientens egne originale minner.

Nevrostrukturelt har man sett en negativ korrelasjon mellom grad av traumer i barndommen og størrelsen på hippocampus (Chalavi et al., 2015), funn som støtter Traumemodellen. I teorien om traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten (Nijenhuis et al., 2002) forstås DID som en alvorlig og kompleks form for posttraumatisk stresslidelse. Personligheten sees som et system av dissosierte deler med to eller flere personligheter med et førstepersons-perspektiv. Systemet er inndelt i to hovedtyper: tilsynelatende normale deler, eller *Apparently Normal Parts (ANP)*, og emosjonelle deler, *Emotional Parts (EP)*. ANP-er har som hovedmål å ivareta dagligdags fungering, mens EP-er er aktivert av et forsvar mot tidligere opplevde traumer. Meningen til en gitt stimulus påvirkes av hvilken tilstand og hvilket subsystem av personligheten som er dominerende for personen. I en ANP-tilstand har personen delvis eller fullstendig amnesi for de traumatiske erfaringene, og en mental og følelsesmessig avstand til traumatiske stimuli eller påminnere. Teorien postulerer at EP-tilstander kan omfatte ulike prototyper av reaksjoner. I noen EP-tilstander vil personen vise sterke emosjonelle reaksjoner på traumerelaterte stimuli, mens andre EP-tilstander karakteriseres av emosjonell og kroppslig nummenhet (Nijenhuis & van der Hart, 2011; van der Hart et al., 2006).

Forskergrupper har brukt bildediagnostiske teknikker for å kartlegge nevralt aktivisering hos personer med DID når ulike subtyper av personligheten er aktivert. I en fMRI-studie undersøkte Schlumpf et al. (2013) om en kan differensiere hjerneaktivitet hos DID-pasienter fra friske personer som simulerer EP. Begge gruppene ble presentert for bilder av henholds-

vis *maskerte* sinte og nøytrale ansiktsuttrykk. Maskert betyr at visuell stimuli presenteres slik at personen ikke bevisst kan registrere det de har sett. Den nevralt aktiviteten for de ubevisste reaksjonene på ansiktsuttrykkene ble målt. DID-pasienter reagerte sterkere på maskerte nøytrale ansikter i EP-tilstand enn i ANP-tilstand. DID-pasienter i ANP-tilstand hadde en redusert nevralt aktivisering både for maskerte nøytrale og sinte ansikter. Kontrollgruppen var ikke i stand til å simulere hverken ANP eller EP, som målt ved fysiske, følelsesmessige og atferdsmessige parametere. I en PET-studie (Reinders et al., 2006) fikk DID-pasienter lytte til enten et nøytralt eller traumerelatert skript. DID-pasienter i EP-tilstand var hyperaktiverte, mens DID-pasienter i ANP-tilstand var underaktiverte. De to studiene illustrerer hvordan ubevisste reaksjoner på opplevd trussel eller traumepåminnere viser seg i aktivisering av ulike nevralt nettverk.

### Dissosiasjon og søvnsykdommer

En av de vanligste søvnsykdommene blant barn er non-rapid eye movement (non-REM) parasomnier som søvngjengeri eller ufullstendig oppvåkning med forvirring. Forekomsten av parasomnier i barnepopulasjonen er 17 %, og kun 2 % blant ungdom (Mason & Pack, 2007). Det er sammenheng mellom parasomnier og dissosiasjon, som begge er karakterisert ved avvik i forholdet mellom handling og bevissthet. Man antar at det er et gjensidig påvirkningsforhold. Dissosiative symptomer kan forverre søvnsykdommer, og søvnsykdommer representerer en sårbarhet for å opprettholde dissosiativ symptomatologi (Koffel & Watson, 2009). Personer med DID har økt forekomst av både mareritt og søvngjengeri (van der Kloet et al., 2012). Koblingen mellom parasomnier og dissosiasjon kan ytterligere forsterkes av annen psykopatologi. Det anbefales å inkludere søvnhygiene som ledd i behandling av personer med DID fordi det kan redusere dissosiative symptomer (Koffel & Watson, 2009; van der Kloet et al., 2012).

Dissosiasjon kan forekomme i våken tilstand og under søvn. Som på dagtid kan dissosiasjon om natten inkludere en veksling til en annen tilstand eller personlighet (Agargun et al., 2001). En tverrfaglig og differensialdiagnostisk utredning er helt sentral ved spørsmål om hvorvidt atferd under søvn er et uttrykk for dissosiasjon eller en non-REM parasomni som søvngjengeri, eller en kombinasjon. Søvngjengeri tilhører gruppen av non-REM parasomnier hvor man klinisk kun er delvis våknet fra en sovende tilstand. Non-REM parasomnier er oftest enkle, ikke-stereotype handlinger. De kan også være mer komplekse og forårsake

skader under søvn, som da ofte tilskrives atferd som kommer av reaksjoner på umiddelbare sanseinntrykk (Irfan et al., 2017; Zadra et al., 2013). Utagering i forbindelse med søvngjengeri er relativt uvanlig (Stallman & Bari, 2017). Komplekse og langvarige utagerende episoder åpner derfor for vurdering av andre årsaksfaktorer enn non-REM parasomnier, inkludert kompleks dissosiasjon på nattetid. Et tverrfaglig team må inn og vurdere om det dreier seg om en parasomni som skal behandles, eller om det foreligger en dissosiativ lidelse som må behandles først eller parallelt.

### En biopsykososial tilnærming

Den biopsykososiale sykdomsmodellen (Engel, 1977) understreker hvordan biologiske, psykologiske og sosiale faktorer kan ha betydning for utvikling og opprettholdelse av sykdom eller et symptombilde. Det er sammenheng mellom traumatiske erfaringer i barndommen og utvikling av langvarige helseplager (Chartier et al., 2010). Videre kan summen av flere belastninger, heller enn enkeltstående hendelser, forklare utvikling av sammensatte, stressrelaterte tilstander (You et al., 2019). I saker med sammensatte symptombilder er den biopsykososiale sykdomsmodellen et viktig grunnlag for utredning (Helgeland & Gjems, 2020; Schaefer et al., 2012). Målet er å skape en felles forståelse av hvordan samspillet mellom somatiske, psykologiske og sosiale faktorer kan ha vært predisponerende, utløsende og opprettholdende for et gitt symptombilde over tid. Man vektlegger betydningen av de fysiske symptomene som ankerpunkt gjennom utredningen, uavhengig av kartlagte psykososiale belastninger (Schaefer et al., 2012). Et slikt utgangspunkt betoner en grundig somatisk utredning av symptomene, i dette tilfellet Peters søvnsykdom og epilepsi. Dette er særlig sentralt for å skape en allianse og motivasjon for å se på psykologiske og sosiale faktorer som også kan påvirke funksjonen hos barnet eller ungdommen (Kozłowska, 2016).

### Differensialdiagnostikk og terapeutisk formulering

P utviklet seg som forventet de første leveårene. Fra førskolealder var det episoder med fjernhet og vansker med oppmerksomhet og språklig formulering. Foreldrene ble skilt da P var seks år, og han bodde siden vekselvis hos mor og far. Han kunne ikke beskrive erfaringer eller konkrete minner fra barneårene. Foreldrene hadde også vansker med å tidfeste hendelser fra Ps barndom. Både P og foreldrene hadde få ord for belastninger og følelser. P hadde residerende luft-

veisinfeksjoner fra to års alder. I forbindelse med en mindre operasjon da han var fem år, ble han beskrevet som livredd og med sterke protester, trolig etter erfaringer fra et lignende inngrep året før. Helsepersonell hadde løftet ham vekk fra foreldrenes fang og holdt ham fast for innledning til narkose. P våknet etter operasjonen med betydelige bevegelsesforstyrrelser, som ble tolket som tics. Disse ble ikke satt i tilknytning til redselsreaksjonen på narkoseprosedyren før operasjonen. Bevegelsesforstyrrelsene vedvarte, og etter et år fikk P diagnosen Tourettes syndrom.

Den biopsykososiale kartleggingen hos oss indikerte at det forelå en nevrobiologisk sårbarhet, uttrykt gjennom Ps tendens til fjernhet, oppmerksomhetsvansker og urolig søvn fra tidlige barneår. Bevegelsesforstyrrelsene som tilkom etter operasjonen ved femårsalderen, ble revurdert av psykolog, barnepsykiater og barnenevrolog ved gjennomgang av gamle filmopptak. Bevegelsesforstyrrelsene ble nå vurdert som forenlige med dissosiativ motorisk forstyrrelse og ikke tics. Det vesentlige spørsmålet var om de aktuelle symptomene primært kunne forklares av parasomnien og/eller andre forstyrrelser i nervesystemet. Det ble derfor i tillegg til vanlig somatisk undersøkelse gjennomført en polysomnografi med videoovervåking for å vurdere forekomst av epileptogen aktivitet og for å se om det forelå parasomni.

Basert på en tverrfaglig gjennomgang og drøfting av utredningsresultatene ble konklusjonen at P siden tidlig barndom hadde hatt episoder av non-REM parasomni som var forenlig med søvngjengeri. Parasomnien ble likevel ikke ansett som en betingelse for hele symptombildet. Bremsene på familiens sparkesykkel ble med stor sannsynlighet ødelagt under eller i nær tilknytning til søvn, en handling som ble vurdert å ha hatt et motiv som gikk forut for umiddelbare sanseopplevelser. Episoden da P ga familiens katt mat den ikke tålte, var en handling utført i våken tilstand. Det kliniske bildet som indikerte dissosiasjon, åpnet for en vurdering av hvorvidt generell anamnese og symptomutvikling var forenlig med en diagnose innenfor dissosiasjonsspekteret.

P opplevde forvirring og tvil knyttet til hendelser han var usikker på om han hadde opplevd. Klinisk så man fjernhet i samtale og ikke-strukturerte situasjoner, noe som skilte seg tydelig fra evnen til å fokusere i en strukturert og definert situasjon. De traumatiske sykehuserfaringene kunne som helt enkeltstående hendelser virke utilstrekkelige som forklaring på et så alvorlig symptombilde, men som gjentatte traumer var de forenlige med utvikling av kompleks dissosiasjon. Sett i lys av at det var sårbarhetsfaktorer og samtidige belastninger, som brudd i foreldrerelasjon, gjentatte

kontakter med helsevesenet uten avklart diagnose og behandling samt en opplevelse av å bli misforstått av andre, ble holdepunktet for en diagnose styrket. Da dissosiativ amnesi og fugue ikke ble vurdert som tilstrekkelig som forklaring på Ps symptomer, satte man diagnosen F44.81 Dissosiativ identitetsforstyrrelse i tillegg til non-REM parasomnien F51.3 Søvnjengeri.

### Behandling

Målet med DID-behandling er en mer integrert fungering av de ulike delene av personligheten, og bedret kommunikasjon og koordinasjon mellom de avspaltede delene av personligheten. Ifølge praksisbaserte retningslinjer fra The International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) (2011) er de viktigste elementene i behandlingen trygging og hjelp til å skjerme seg fra suicidal atferd og selvskading, og stabilisering fra overveldende, dissosierte tilstander (Loewenstein, 2018). Behandlingen deles inn i tre faser, der man først har som mål å etablere trygghet og stabilisering av symptomer. Man arbeider også med å identifisere og gradvis øke toleransen for mentalt innhold som personen ellers ville unngått. I neste fase arbeides det med traumet og traumatiske minner. Tredje fase handler om reintegrering av identiteten og rehabilitering (Diseth & Christie, 2005). Dette er prinsipper i tråd med behandlingsmodellene *SARI*, Safety and Stabilisation, Assessing trauma material, Reorganisation, and Integration (Phillips & Frederick, 1995), og *POTT*, Phase-oriented trauma treatment (Nijenhuis, 2017). Hvis man ikke vier nok oppmerksomhet eller tid på stabilisering og går for raskt inn i fase to med konfrontasjon av traumatiske deler, kan man forvente dekompenisering hos pasienten. Før man går inn i fase to, er anbefalingen at en evaluerer grundig pasientens fungering og støttefaktorer, og gir støtte til pasienten gjennom affektreguleringsmetoder. For personer med alvorlig DID kan funksjonsnivået være så svekket at terapien forblir i fase én i flere år.

Sentrale prinsipper for behandling ble skissert for familien og lokalt behandlerteam. P ble fortalt at han hadde vært utsatt for vanskelige og skremmende opplevelser på sykehuset da han var liten, opplevelser som var nærmest umulig for et lite barn å forstå eller få sammenheng i. Vi forklarte at «selv om man ikke alltid husker slike hendelser med hodet, så kan kroppen huske deler av dem, og bli minnet om dem, når det skjer noe nytt som er vondt eller skremmende. Når en kobler ut og ikke husker hva man gjør, kan kroppen og hjernen likevel klare å gjennomføre det en skal. Opplevelsene spaltes som biter i et puslespill, slik at

det vonde blir mindre truende. De vondeste bitene forsvinner, noen blir gjemt, mens andre endrer form så vi kan huske på dem som mindre farlige eller truende».

Det ble formidlet at hendelser som kobles bort fordi de er for overveldende, kan påvirke en person indirekte, og at bevisstheten – tanker, følelser, hukommelse og sammenheng – kan bli preget av at noe er truende, selv om situasjonen rasjonelt sett ikke er truende lenger. En traumepåminner eller stressor kan eksempelvis trigge vekslning til en tilstand der man aktivt unngår trusler, og der man fra utsiden virker fjern. På bakgrunn av dette ble stressreduksjon formulert som første mål i videre oppfølging, både hjemme, på skolen og i fritiden.

Vi anbefalte individualterapi ut fra traumeforståelse og foreldreoppfølging med psykoedukasjon og veiledning. Som et ledd i stressreduksjon ble det anbefalt å skape mest mulig oversikt, forutsigbarhet og kontroll i sammenhenger P befant seg i. Søvnbehandling ble også anbefalt på grunn av sårbarheten knyttet til den eksisterende søvnforstyrrelsen og elementet av stress den medførte. Det ble lagt opp til et tett samarbeid mellom lokal BUP, barneavdelingen på lokalsykehuset, skole og fastlege i den videre oppfølgingen, både med tanke på farmakologiske, terapeutiske og pedagogiske tiltak.

### Implikasjoner for praksis

Helhetlig utredning, forståelse og behandling av sammensatte symptomtilstander som inkluderer fysiske symptomer, forutsetter et tett og tverrfaglig samarbeid mellom fagpersoner i somatikk og psykisk helse. Usikkerhet og engstelse knyttet til uavklarte spørsmål om somatikk, medisiner og behandling kan forsterke pasientenes symptomer og være til hinder for terapeutiske intervensjoner. Somatiske spørsmål bør derfor adresseres først og fungere som et ankerpunkt gjennom utredningen og vurderingen for å synliggjøre en meningsfull sammenheng mellom symptomer og belastning (Diseth & Christie, 2005; Kozłowska, 2016; Schaefer et al., 2012). For personer med dissosiative motoriske bevegelsesforstyrrelser eller andre somatoforme symptomer kan denne fremgangsmåten være vesentlig for å redusere uro og engstelse for underliggende sykdom, eksempelvis en nevrologisk sykdom.

Kasuistikken belyser at helsevesenet trenger økt bevissthet og kunnskap om DID og dissosiative tilstander for å gi riktig behandling på et tidligere tidspunkt. Litteraturen støtter vår kliniske erfaring som tilsier at klinikere bør kartlegge og vurdere dissosiative tilstander i større grad enn vi gjør i dag (Loewenstein, 2018).

For å fange opp personer med dissosiative symptomer kan man eksempelvis inkludere kartlegging av psykogen og motorisk dissosiasjon i rutinemessig screening ved poliklinikker og døgnavdelinger. For barn og unge kan spørreskjemaer som Adolescent Dissociative Experiences scale (A-DES) (Armstrong et al., 1997), Somatic Dissociation Questionnaire (SDQ) (Nijenhuis et al., 1996) og Child Dissociative Checklist (CDC) (Putnam et al., 1993) gi en indikasjon på forekomst og grad av dissosiative symptomer (Diseth, 2005).

Tendens til fjernhet og oppmerksomhetsvansker er uspesifikke symptomer. Dissosiasjon favner et bredt spekter av fenomener, og dissosiative symptomer inngår i annen psykopatologi. Derfor utfordres klinikere i differensieringen av hva fjernhet, oppmerksomhetsvansker eller motoriske forstyrrelser representerer. I vår sak kunne ikke epilepsi, hyperkinetisk forstyrrelse og språklige eller eksekutive vansker forklare fjernheten alene. En biopsykososial kartlegging og en grundig differensialdiagnostisk vurdering var nødvendig for å forstå symptomene som del av en dissosiativ tilstand.

Det er fortsatt faglige motsetninger knyttet til DID-diagnosen, også i Norge. Vi tenker at motsetningene bygger på myter knyttet til DID, og på manglende kompetanse og opplæring i utdanningsinstitusjonene. DID-pasienter erfarer å bli misforstått, avvist og krenket, noe kasuistikken og litteraturen som er presentert, viser (Blindheim, 2020). Nyere studier støtter Traumemodellen både nevrostrukturelt og -funksjonelt, og modellen representerer kunnskap vi klinikere bør forholde oss aktivt til og implementere i vår kliniske hverdag (Reinders & Veltman, 2020). Kasuistikken illustrerer at dissosiative tilstander kan bli oversett hvis pasienten har andre og mer hyppige tilstander i tillegg. Den understreker også betydningen av å forfølge spørsmål om differensialdiagnoser og samtidighet av to tilstander. En differensialdiagnostisk avklaring krever et tett tverrfaglig samarbeid, ellers risikerer man å overse viktige symptomer. I vårt tilfelle ble parasomnien vurdert som en sårbarhet for opprettholdelse av dissosiasjon. I tråd med anbefalingen fra van der Kloet et al. (2012) bør søvnbehandling prioriteres når det er indisert. Søvnbehandling er ett av flere tiltak som bidrar til å dempe stress og kroppslig aktivering, noe som er vesentlig i behandling av dissosiative lidelser.

Ved alvorlig og kompleks dissosiasjon som DID vil de aller fleste ha behov for innledende og gjentatt psykoedukasjon om dissosiasjon, hvordan dissosiasjon kan oppstå, og hva dissosiasjon innebærer i praksis. I pasientarbeidet er normalisering og positiv bekreftelse av dissosiasjon som mekanisme

og forsvarsstrategi viktig (Urbina et al., 2017). Kasuistikken understreker betydningen av en traumeperspektiv-behandling som foregår parallelt med behandling av en somatisk tilstand, i dette tilfellet en parasomni.

## Konklusjon

Med utgangspunkt i en kasuistikk har artikkelen løftet frem sentrale punkter for utredning og oppfølging av komplekse dissosiative tilstander som DID. Litteraturen vi hentet frem, og vår kliniske erfaring peker på at personer med sammensatte tilstandsbilder som involverer dissosiasjon, ikke får nødvendig eller riktig behandling. De dissosiative symptomene fanges ikke opp i tilstrekkelig grad. Det er behov for en mer systematisk kartlegging og vurdering av dissosiative symptomer i psykisk helsevern.

Det er ulike teoretiske definisjoner og konseptuelle beskrivelser av dissosiative lidelser (Nijenhuis & van der Hart, 2011). Som klinikere forholder vi oss til aktuelle diagnosemanualer og anbefalt behandling. Videre forskning knyttet til dissosiative lidelser er viktig for å klargjøre begrepene og representerer et utviklingsområde innen fagfeltet.

I kasuistikken var tidligere sykehuserfaringer viktige og ga informasjon om forhold som kan ha bidratt til komplekse reaksjoner i en kritisk periode for barnet. Diseth (2005) og Nijenhuis (2017) argumenterer for at sykehustraumer *alene* kan føre til en kompleks dissosiativ lidelse som DID. I andre tilfeller kan summen av belastninger på et gitt tidspunkt bli så stor at det som ellers ville vært håndterbart hver for seg, blir uhåndterlig. Da er det ikke typen belastning som personen har opplevd som er avgjørende for reaksjonen eller utfallet, men heller hvilken mening belastningene gis, og i hvilken sammenheng de inntreffer (Kozłowska, 2016; You et al., 2019).

I denne saken var en grundig gjennomgang av anamnese og objektiv utredning sentral for å forstå predisponerende og opprettholdende fysiske, emosjonelle og sosiale forhold. Samarbeid på tvers av disipliner med fagpersoner fra barne- og ungdomspsykiatri, barnenevrologi og spesialister innen søvn og epilepsi var nødvendig for å danne en helhetlig forståelse av symptomene. Geografisk avstand, helsevesenets silo-organisering og dualistiske orientering til psyke og soma kan være til hinder for et slikt samarbeid. Betydningen av at tverrfaglige team drøfter saken i fellesskap, virtuelt eller fysisk, kan ikke understrekes nok. Møtene kan være avgjørende for å oppnå en felles forståelse og et best mulig utgangspunkt for videre behandling av pasienten. ✘



## Referanser

- Agargun, M. Y., Kara, H., Ozer, O. A., Semiz, U., Selvi, Y., Kiran, U. & Tombul, T. (2001). Characteristics of patients with nocturnal dissociative disorders. *Sleep and Hypnosis*, 3, 131–134.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Fifth edition (DSM-5)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Armstrong, Judith G, Putnam, Frank W, Carlson, Eve B, Libero, Deborah Z, & Smith, Steven R. (1997). Development and Validation of a Measure of Adolescent Dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491–497. <https://doi.org/10.1097/00005053-199708000-00003>
- Blindheim, A. (2020, 23. juli). – Vi må bli ferdige med gamle myter om dissosiative lidelser. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2020/07/>
- Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R. S., Draijer, N., Cole, J. H., Dazzan, P., Pariante, C. M., Madsen, S. K., Rajagopalan, P., Thompson, P. M., Toga, A. W., Veltman, D. J. & Reinders, A. A. T. S. (2015). Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Human brain mapping*, 36(5), 1692–1704. <https://doi.org/10.1002/hbm.22730>
- Chartier, M. J., Walker, J. R. & Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 454–464. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.020>
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B. & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550–588. <https://doi.org/10.1037/a0027447>
- Diseth, T. H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma – an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(2), 79–91. <https://doi.org/10.1080/08039480510022963>
- Diseth, T. H. & Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents – an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(4), 278–292. <https://doi.org/10.1080/08039480500213683>
- Engel, George L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science (American Association for the Advancement of Science)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Helgeland, H. & Gjems, S. (2020). Somatiske symptomtilstander hos barn og unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(9), 657–665.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115–187. <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- Irfan, M., Schenck, C. H. & Howell, M. J. (2017). Non-Rapid Eye Movement Sleep and *Overlap Parasomnias*. *Continuum*, 23(4), 1035–1050. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000503>
- Koffel, E. & Watson, D. (2009). Unusual Sleep Experiences, Dissociation, and Schizotypy: Evidence for a Common Domain. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 548–559. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.004>
- Kozłowska, K. (2016). The Body Comes to Family Therapy: Utilising Research to Formulate Treatment Interventions with Somatising Children and their Families. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 37, 6–29. <https://doi.org/10.1002/anzf.1133>
- Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues In Clinical Neuroscience*, 20(3), 229–242. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/loewenstein>
- Loftus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48(5), 518–537. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.5.518>
- Mason, T. B. A. & Pack, A. I. (2007). Pediatric Parasomnias, *Sleep*, 30(2), 141–151. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.2.141>
- Nijenhuis, E. R. S. (2017). The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control (Vol. III). Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666402685>
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 688–694. <https://doi.org/10.1097/00005053-199611000-00006>
- Nijenhuis, E. R. S. & van der Hart, O. (2011). Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416–445. <https://dx.doi.org/10.1080/15299732.2011.570592>
- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O. & Steele, K. (2002). The Emerging Psychobiology of Trauma-Related Dissociation and Dissociative Disorders. I H. D'Haenen, J. A. den Boer & P. Willner (red.), *Biological Psychiatry*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/0470854871.chxxi>
- Phillips, M. & Frederick, C. (1995). Healing the divided self: Clinical and Ericksonian hypnotherapy for post-traumatic and dissociative conditions. W.W. Norton.
- Putnam, F. W., Helmers, K. & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17, 731–741. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(08\)80004-x](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(08)80004-x)
- Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A. M., Willemsen, A. T. & Den Boer, J. A. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60, 730–740. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.12.019>
- Reinders, A. A. T. S. & Veltman, D. J. (2020). Dissociative identity disorder: out of the shadows at last? *The British Journal of Psychiatry*, 1-2. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.168>

- Schaefer, R., Hausteiner-Wiehle, C., Häuser, W., Ronel, J., Herrmann, M. & Henningsen, P. (2012). Clinical Practice Guideline: Non-Specific, Functional, and Somatoform Bodily Complaints. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(47), 803–813. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0803>
- Schlumpf, Y. R., Nijenhuis, E. R. S., Chalavi, S., Weder, E. V., Zimmermann, E., Luechinger, R., La Marca, R., Reinders, A. A. T. S. & Jäncke, L. (2013). Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage: Clinical*, 3, 54–64. <https://dx.doi.org/10.1016/j.nicl.2013.07.002>
- Stallman, H. M. & Bari, A. (2017). A biopsychosocial model of violence when sleepwalking: review and reconceptualization. *BJPsych Open*, 3(2), 96–101. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.004390>
- Stout, M. (2001). *The Myth of Sanity. Divided Consciousness and the Promise of Awareness*. Penguin.
- Urbina, T. M., May, T. & Hastings, M. (2017). Navigating Undiagnosed Dissociative Identity Disorder in the Inpatient Setting: A Case Report. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(3), 223–229. <https://doi.org/10.1177/1078390317705448>
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006). *The Haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton.
- van der Kloet, D., Merkelbach, H., Giesbrecht, T. & Lynn, S. J. (2012). Fragmented Sleep, Fragmented Mind: The Role of Sleep in Dissociative Symptoms. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), 159–175. <https://doi.org/10.1177/1745691612437597>
- You, D. S., Albu, S., Lisenhardt, H. & Meagher, M. W. (2019). Cumulative Childhood Adversity as a Risk Factor for Common Chronic Pain Conditions in Young Adults. *Pain Medicine*, 20(3), 486–494. <https://doi.org/10.1093/pm/pny106>
- Zadra, A., Desautels, A., Petit, D. & Montplaisir, J. (2013). Somnambulism: clinical aspects and pathophysiological hypotheses. *Lancet Neurology*, 12, 285–294. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70322-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70322-8)

INVITASJON Bidrag til temanummer

# Arbeid og psykisk helse

FOTO: ANH NGUYEN / UNSPLASH

**FOREKOMSTEN AV PSYKISKE** symptomer er om lag tre ganger så høy blant ikke-yrkesaktive som blant yrkesaktive. Psykiske lidelser gjør det vanskelig for mange å beholde fotfestet i arbeidslivet. Uten inntekt øker risikoen for økonomiske vansker, som over tid kan gi alvorlige konsekvenser for psykisk helse.

Jobben har en sentral livsrolle for de fleste av oss. Å bli utestengt fra arbeidslivet vil ha en negativ innvirkning på et menneskes selvverdsetting.

Psykologtidsskriftet ønsker å løfte frem arbeid og psykisk helse i et eget temanummer og

inviterer i den forbindelse engasjerte psykologer og forskere til å sende inn bidrag. Målet med temanummeret er å presentere en bredde av problemstillinger og perspektiver relatert til temaet, samt gi norske psykologer inspirasjon til egen fagutvikling. Modige tekster som kan utfordre etablert konsensus eller som kan presentere nye arbeidsmåter, er særlig velkomne.

I temanummeret er vi interessert i tekster fra alle spesialiseringsområdene og innen alle sjangerne våre, slik som vitenskapelige artikler, bidrag fra praksis, fagessay og debattinnlegg.

Send en kort beskrivelse av en mulig tekst (maksimalt 250 ord) innen 15. september 2021. For en nærmere beskrivelse av våre ulike sjangere samt retningslinjer for disse, se [psykologtidsskriftet.no](https://www.psykologtidsskriftet.no).

Spørsmål, tips eller tekstforslag til artikler sendes sjefredaktør Katharine Cecilia Williams.

**E-POST** [katharine@psykologtidsskriftet.no](mailto:katharine@psykologtidsskriftet.no)



**TAVLE I BRUK** Barnet blir raskt invitert til å reise seg, velge en tusj og tegne på tavlen, skriver artikkelforfatterne. Foto: Johner Images / Scanpix





# Den blanke tavlen

Tverrfaglige konsultasjoner med barn og ungdom som har somatiske symptomtilstander er ofte krevende klinisk arbeid. Ved å aktivt bruke tavle og elementer fra familie- og samtaleterapi kan den tverrfaglige konsultasjonen i seg selv være en terapeutisk intervensjon.

Oda på 13 har hatt vondt i magen og vært kvalm i lang tid. Siste halvåret har hun gått på skolen en til to dager i uken. Hun orker ikke være der når hun har vondt og er kvalm. Vil ikke at de andre skal se henne når hun føler seg dårlig. Oda har også droppet fotball og basket, og er stadig sjeldnere sammen med vennene sine etter skoletid. Mye av tiden tilbringer hun i senga si, med mobilen. Oda har vært hos fastlegen flere ganger. Ingenting ser ut til å være galt. Fastlegen har likevel vært bekymret og sendt Oda til forskjellige undersøkelser og til utredning på Barneklubben. Der finner de heller ikke tegn til sykdom. Oda har likevel vondt i magen, og det blir bare vanskeligere for henne å gå på skolen.

Vondt i magen, kvalme, hodepine, svimmelhet og slitenhet er vanlige kroppslige plager hos både barn og voksne. Andre mer uvanlige kroppslige symptomer kan være kramper, lammelser og smertetilstander. Hos noen barn vedvarer symptomene, som blir til stor plage og fører til funksjonstap uten at det ligger fysisk eller psykisk sykdom til grunn (Wesely et al., 1999). Fire–ti prosent av barn og unge har somatiske symptomtilstander som

krever tiltak fra hjelpeapparatet (Garralda & Rask, 2015). Tilstandene medfører redusert livskvalitet, risiko for uførhet i voksen alder og gjentatte utredninger, behandlinger og kronglete forløp i helsevesenet (Andvik et al., 2020; Heggstad et al., 2020; Kozłowska et al., 2020).

Barn og unge med somatiske symptomtilstander er en heterogen pasientgruppe, med varierende og skiftende symptombilder. Problematikken er ofte sammensatt og kompleks. En biopsykososial, tverrfaglig og multimodal tilnærming er anbefalt i utredning og behandling av disse tilstandene (Helgeland & Gjems, 2020). En slik forståelse legger til grunn at somatiske symptomer utløses og opprettholdes av følelsesmessig, sosialt og kroppslig stress og belastninger over tid. Dette understreker hvor komplekse sammenhengene mellom stress, belastning og helse er (Helgeland & Gjems, 2020). Å forstå symptomer isolert, med spesialiserte utredninger og behandlinger, kan i verste fall vedlikeholde og forverre barnets symptomer og funksjonstap (Kozłowska et al., 2020). God hjelp forutsetter individuell tilpasning og tett dialog og samarbeid mellom fagpersoner på tvers av somatikk

## TEKST

Nina Handelsby<sup>1</sup>  
og Irene Elgen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Habiliteringstenesta for barn og unge, Barne- og ungdomsklinikken, Haukeland universitetssjukehus  
<sup>2</sup>Spesialpoliklinikken, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Haukeland universitetssjukehus

## KONTAKT

nina.handelsby@gmail.com

Artikkelen er skrevet med støtte fra Institutt for aktiv psykoterapi.



og psykisk helsevern (Elgen et al., 2021; Helgeland & Gjems, 2020). Helgeland og Gjems (2020) og Herner (2020) beskriver integrasjon av den biopsykososiale modellen i norsk klinisk praksis.

Mange hjelpere treffer disse barna og foreldrene deres i ulike deler av hjelpeapparatet. Det er ofte utfordrende å danne seg en helhetlig forståelse av plagene og symptomene og gi tilstrekkelig hjelp som enkeltstående fagperson. I denne artikkelen presenterer vi en konkret modell for tverrfaglig arbeid med barn og unge som har somatiske symptomtilstander.

### TJENESTER PÅ TVERS

Prosjektet Tjenester på tvers (TpT) søker å utvikle et tverrfaglig konsultasjonstilbud for barn og unge med somatiske symptomtilstander, stort funksjonstap og flere henvisninger til somatisk poliklinikk og psykisk helsevern. Målet er å bedre helsen til barn og unge med langvarige og kronglete pasientforløp. TpT-prosjektet startet i 2016 ved Klinikk psykisk helsevern for barn og unge på Haukeland universitetssjukehus. Prosjektet er omtalt i Nasjonal sykehusplan (Meld. St. 7 (2019–2020)).

Siden 2019 har omtrent 75 barn vært fulgt opp i TpT, som består av to tverrfaglige team med lege, fysioterapeut og psykolog. Barna og foreldrene kommer til en halvdags konsultasjon, der hensikten er å skape en helhetlig og felles forståelse av barnets symptomer, funksjonstap og livssituasjon, i tråd med den biopsykososiale tilnærmingen. Videre skal en finne retning og innhold for behandling og tiltak *sammen* med barnet og foreldrene. Fellessamtale og -oppsummering med barnet og foreldrene sammen med alle fagpersonene utgjør hoveddelen av den tverrfaglige konsultasjonen. Denne suppleres med en fysioterapeut- og legeundersøkelse og separate samtaler med barnet og foreldrene med en eller flere av fagpersonene. Der det er nødvendig, bidrar teamet til å etablere oppfølging i lokalt hjelpeapparat og å veilede dem (f.eks. fysioterapeut, helsesykepleier, skole, fastlege, PPT) og eventuelt henvise til videre utredning og behandling hos andre instanser i spesialisthelsetjenesten (f.eks. BUP eller somatisk poliklinikk). Barnet og foreldrene får én eller flere oppfølgingskonsultasjoner med teamet i påfølgende måneder,



**Det er ofte utfordrende å danne seg en helhetlig forståelse av plagene og symptomene og gi tilstrekkelig hjelp som enkeltstående fagperson**

hvor fastlege og andre relevante hjelpere også kan inviteres med.

### DEN TVERRFAGLIGE KONSULTASJONEN

Barna som kommer til TpT, har alt fra moderate somatiske plager til invalidiserende tilstander. Alle har stort funksjonstap, oftest i form av betydelig skolefravær og tilbaketrekking fra venner og fritidsaktiviteter. De fleste har tidligere erfaringer med undersøkelser og samtaler på sykehuset. Noen av barna uttrykker liten tro på at det vil være til hjelp for dem å møte oss, de gruer seg og vet ikke hva de kan forvente. En del av dem vi møter, har med seg opplevelser av å ikke bli trodd eller tatt på alvor i helsevesenet. Dette fordrer at vi er nysgjerrige på symptomene, plagene og tidligere møter med helsevesenet, og at vi snakker et språk barnet og foreldrene forstår og som gjør at de føler seg forstått (Kozłowska et al., 2020).

Vår kliniske erfaring er at mange pasienter med behov for tverrfaglig oppfølging opplever at de må fortelle historien sin om og om igjen til ulike fagpersoner, og formidle videre hva andre fagpersoner har ment og sagt. Å treffe flere fagpersoner hver for seg kan være slitensomt og belastende. For noen barn og foreldre kan en del av konsultasjonene oppleves som et revolverintervju, der de får mange spørsmål på kort tid. I TpT møter familiene tre fagpersoner som kan stille spørsmålene og høre svarene samtidig, i én litt lengre konsultasjon. Dette reduserer gjentagelsene, gir mer effektiv informasjonsutveksling og kan også være kostnadseffektivt. Det gir også bedre tid til å bli kjent med barnet og barnets kon-

tekst, utover symptomene, plagene og funksjonstapet.

I den tverrfaglige konsultasjonen skal legen, psykologen og fysioterapeuten vurdere symptomer og foreslå hjelpetiltak med utgangspunkt i sine respektive fag. På samme tid er møtet en arena hvor vi sammen med familien, og oss fagpersoner imellom, skaper en felles forståelse av symptomene, plagene og livet til barnet slik det er i dag. For at det skal være et godt møte for barnet og foreldrene, bør vi fagpersoner være samkjørte og enige om form, innhold og retning for konsultasjonen. Vi erfarer at dette fungerer best når vi tar oss tid til å planlegge konsultasjonen, fordeler oppgaver under og etter møtet, drøfter underveis i konsultasjonen og tar oss tid til evaluering etterpå. I motsatt fall kan en ende opp med en lang særfaglig konsultasjon, der de andre fagpersonene ikke slipper til eller ser relevansen ved å være til stede. Eller en risikerer at det blir flere parallelle særfaglige konsultasjoner, der fysioterapeut, lege og psykolog i samme samtale forfølger ulike tema med barnet og foreldrene.

### TAVLEMODELLEN

Barna og foreldrene kommer til TpT i et møterom med en stor whiteboardtavle. Grant og Usher (2011) beskriver i sin artikkel «The whiteboard as a co-therapist» hvordan tavlen kan være en ypperlig samtalestøtte, og at man ikke alltid skjønner hvor nyttig tavlen kan være før man tar den i bruk. Inspirert av metoder for psykoedukasjon innenfor den biopsykososiale tilnærmingen (Helgeland & Gjems, 2020; Herner, 2018; Kozłowska et al., 2020) benyttet vi etter hvert tavlen i konsultasjonene. Vi har nå gjort det til en vane å bruke det vi kaller *tavlemodellen* stort sett hver gang, der det meste av informasjonen som kommer fram, tegnes og skrives på tavlen.

Tidlig i konsultasjonen, når vi tematiserer hva barnet ønsker hjelp til og grunnen til at familien kommer, skriver og tegner psykologen på tavlen det som blir sagt. Barnet blir raskt invitert til å reise seg, velge en tussj og tegne på tavlen selv. I samspill med psykologen legger vi opp til at barnet får forklare og fortelle om seg selv og familien, om plagene og om hverdagen. Erfaringene våre så langt er at de fleste barna kommer fram til tavlen. Ofte går de fra å sitte litt sammensunket og anspent i stolen

mellom foreldrene sine til å reise seg opp og stå ranke foran oss ukjente voksne.

Oda tar imot invitasjonen til å reise seg opp. Hun velger seg en tussj og tegner familien sin på tavlen, mens foreldrene, legen og fysioterapeuten blir sittende. Hun står med ryggen til de voksne, tegner og svarer på spørsmål som hun forstår. Hun synes det er fint og litt rart at de lurer på hvem som er i familien hennes, og hvordan en vanlig dag er nå for tiden. Samtidig merker hun at de er nysgjerrige på hva som er plagsomt for henne, og hvordan hun har det.

Tavlen blir et felles referansepunkt og fokus gjennom konsultasjonen. Dette gir anledning til å validere det som fungerer godt, og det som er krevende for barnet og familien. Den bidrar til et større informasjonsstiltfang ved bruk av mer enn ord og gjør at alle kan se helheten og sammenhenger bedre. Det som skrives og tegnes på tavlen, er konkret og synlig for alle. Enkelte ganger overraskes foreldrene av at det kommer fram ny og viktig informasjon, og at det gir mening for dem å se alle deler av et ofte fragmentert informasjonsbilde i en samlet fremstilling.

I samspill med barnet foran tavlen får vi tilgang på viktig klinisk informasjon: Om barnets kommunikasjonsevner, språklig og kognitiv fungering, motorikk, pustemønster og bruk av kroppen. Vi kan se om barnet er preget av smerter og andre kroppslige symptomer her og nå. Vi kan også observere relasjonelle og sosiale ferdigheter, stressreguleringsstrategier og samspillet mellom barn og foreldre.

### TAVLEN SOM ET EKSTERNALISERENDE SAMTALEVERKTØY

I narrativ terapi og eksternaliserende samtaler er intensjonen å skille klienten og problemet fra hverandre og få et klarere bilde av hvordan problemet påvirker klienten – det problemmettede narrative (f.eks. Johnsen & Torsteinsson, 2012). Klienten *er* ikke sine problemer. Ved å utforske hvordan problemet virker inn på barnet og familien, hva som er unntakene fra problemet, og hvilke erfaringer de har med å påvirke problemet, får vi ofte bedre fatt i egenskaper og ressurser hos barnet og familien og ikke bare problemets natur. Hensikten med en slik eksternaliserende tilnærming er å identifisere og styrke fortellingen eller narra- »

tivet om barnet og familien som er noe annet enn det problemrettede narrativet (Johnsen & Torsteinsson, 2012).

I TpT har tavlen blitt et viktig verktøy for å skape avstand mellom barnet og selve symptomene og bli kjent med barnet utover problemene. Sammen med familien kan vi betrakte og ta stilling til det som er plagsomt. Det som står på tavlen, er konkret, men på samme tid også foranderlig. Vi kan stryke ut ting, flytte og knytte sammen, ta på, bruke ulike farger, størrelser og former, vi kan gjøre ting større og mindre. På tavlen blir sammenhenger, det sirkulære og skiftende ved symptomer og plager i de fleste tilfeller tydeligere og lettere å forklare og forstå. Når vi fokuserer på helhet og sammenhenger, gir dette også rom for sirkulære og refleksive spørsmål som kan gi utfyllende informasjon og sette i gang endringsprosesser hos dem vi snakker med. Våre erfaringer harmonerer med det Grant & Usher (2011) beskriver som virkningsfulle effekter av å bruke tavlen som hjelpemiddel i samtale.

I boka *Playful approaches to serious problems* beskriver Epston et al. (1997) hvordan narrativ terapi legger til rette for mer lekne samtaler med barn og foreldre om alvorlige, somatiske problemer. Inspirert av Epston et al. (1997), og ved hjelp av tavlebruken, erfarer vi at møtene i TpT kan være lette, varierte og ikke så alvorlige. En uformell tone og veksling mellom alvorlige og hverdagslige tema åpner for humor og en god atmosfære, samtidig som vi anerkjenner den krevende livssituasjonen til familien.

Barnets aktive rolle ved tavlen signaliserer eksplisitt at det barnet forteller, tegner og viser, er viktig for oss. Det legger til rette for at vi kan være nysgjerrige på og få vite mer om barnets hverdag og liv utover plagene, og barnet får også vist mestrende sider ved seg selv. Det ligger symbolikk og påvirkningskraft i at barnet står, mens de voksne sitter. Barnet får helt konkret litt mer kontroll og større mulighet til å regulere seg i situasjonen (Berg & Steiner, 2003). Vi erfarer at tavlen bidrar til en ro i konsultasjonen, tempoet går ned, vi voksne «venter på tur» og lytter aktivt. Den hjelper oss til å holde fokus og leder oss tilbake på sporet hvis vi faller av.

#### INDIVIDUELL TILPASNING

Noen av barna vil ikke reise seg når de inviteres til tavlen. De makter ikke å stå oppreist,

blir overveldet, skjønner ikke poenget eller synes ikke det er relevant. Enkelte er engstelige eller synes det er vanskelig å forstå hva vi spør om. Foreldrene kan ha mye på hjertet, være frustrerte eller redde og gjør raskt krav på samtalen. Å stå foran tavlen er også slitsomt og krevende for mange av dem vi møter. Avveksling og variasjon i form av bevegelse, sette seg ned, holde på med fikleleker, snurre på stolen eller være fysisk aktiv i gymsal er en viktig del av repertoaret i TpT-konsultasjonen.

Motstand, passivitet eller sterke følelser kan gjøre at vi føler oss usikre, klønete og utilstrekkelige som hjelpere (Stige et al., 2019). Å takle at pasienter ikke er fornøyde, ikke ser relevansen eller føler seg hjulpet, er en del av det vi møter i TpT. Vi vil alltid ha begrensninger når det gjelder å forstå, regulere stress, dempe sterke emosjonelle reaksjoner eller ta bort det vonde (Søreide, 2017). For fagpersoner er det til hjelp å tenke at det barnet og foreldrene viser i møte med oss, alltid er viktig informasjon, selv om det kan være ubehagelig for oss. Om det ikke blir slik vi hadde tenkt, vil det barnet og foreldrene viser oss, gi en anledning til å stoppe opp, utfordre oss til å være fleksible og tone oss inn på hva akkurat dette barnet og familien trenger. Kanskje må vi avslutte konsultasjonen tidligere, la barnet få pause og gi plass til foreldrene, eller skrinlegge tavlen for denne gang.

Tavlemodellen fungerer altså ikke alltid slik vi planlegger for, og individuell tilpasning er nødvendig. Som oftest bruker vi likevel tavlen i en eller annen form, som en «felles notatblokk» hvor vi skriver opp stikkord og informasjon som



**Tavlen blir et felles referansepunkt og fokus gjennom konsultasjonen. Ved å bruke tavlen har vi fagpersoner blitt mer samkjørte i møte med barna og foreldrene**





## Barnets aktive rolle ved tavlen signaliserer eksplisitt at det barnet forteller, tegner og viser, er viktig for oss

kommer fram, eller som visuell støtte i forklaring og psykoedukasjon om den biopsykososiale modellen, symptomer og lignende. Med strukturen som foreligger i TpT-modellen er det likevel rom for å tilpasse konsultasjonen. Åpenhet og dialog er vårt viktigste hjelpemiddel for å finne fram til det som passer for hver enkelt familie.

### TEAMET OG TAVLEN

Til å begynne med tok TpT-konsultasjonene som oftest form av separate, suksessive konsultasjoner med barnet og foreldrene og henholdsvis lege, psykolog og fysioterapeut. En del av tiden gikk med til at teamet utvekslet informasjon, for så å gi en felles oppsummerende tilbakemelding. Intensjonen var å legge til rette for å holde barnet i fokus og unngå at foreldrene overtok i konsultasjonen. Vi tenkte den gang at én felles samtale med barnet, foreldre og hele teamet ville være ubehagelig, stressende eller vanskelig for barnet. Vi antok også at det ikke ville gi mer informasjon enn vi kunne få hver for oss. Etter at vi tok i bruk tavlen og i økende grad holdt oss til formatet som beskrevet i denne artikkelen, er erfaringene våre at vi faktisk får til en god kommunikasjon og gjerne får mer informasjon når familien og alle fagpersonene er til stede. Vi ser også at de fleste barna takler felleskonsultasjonen godt, og at tavlen bidrar til at det blir en god og trygg situasjon for barnet.

For oss fagpersoner har det vært en omstilling å ikke selv alltid lede an konsultasjonen med barnet og foreldrene, å dele på å ha ordet og se at spørsmål og temaer utforskes på en annen måte enn en selv ville ha gjort. Vi har blitt utfordret på å utvikle en bevissthet for når en bør lytte og la de andre fagpersonene beholde ordet og styre samtalen, og når og hvor-

dan en skal ta og gi hverandre ordet. Det har også vært en overgang å ha deler av våre faglige diskusjoner og drøftinger mens foreldrene og barnet er til stede, og å dra dem inn i drøftingen. Dette blir noe annet enn å diskutere seg fram til en konklusjon internt som deretter presenteres som en ekspert-tilbakemelding til barnet og foreldrene.

Ved å bruke tavlen har vi fagpersoner blitt mer samkjørte i møte med barna og foreldrene. Det har hjulpet oss fram til en samarbeidsform og -kultur hvor vi føler oss trygge på at våre respektive faglige perspektiv og roller er ivarettatt. Det blir tydeligere for oss at vi er avhengige av hverandre og hverandres fag for å hjelpe barna vi møter, og at vi har noe å lære av hverandre.

Vi tar også med oss kunnskap, knep og erfaringer fra *tavlemodellen* i møte med pasienter som ikke kommer til tverrfaglige konsultasjoner, men som vi møter hver for oss. Blant annet har vi blitt mer oppmerksomme på hvor viktig det er å skape en trygg og rolig atmosfære i konsultasjoner. Videre har vi fått en bevissthet på hvordan det å eksternalisere hjelper oss å få tak i ressursene og konteksten til barnet og familien, noe som ofte gir viktig informasjon og bidrar til individuell tilpasning og konkrete tiltak.

Mer overordnet erfarer vi at TpT-prosjektet har bidratt til bedre koordinering, kommunikasjon og samarbeid mellom fagpersoner og avdelinger i klinikken, og at uavklarte tilstander blir avklart. Vi har hatt kontakt med omtrent halvparten av de 32 familiene som har vært til TpT-konsultasjon i 2019–2020. Flere rapporterer om reduksjon i skolefravær og symptomlette. Familiene forteller at de har fått en forståelse og støtte som hjelper dem til å komme seg videre, også der funksjon, symptomer og plager ikke blir bedre. Disse tilbakemeldingene får vi ofte også spontant etter selve konsultasjonen og ved oppfølgingskonsultasjoner.

### OPPSUMMERING

Gjennom *tavlemodellen* erfarer vi at felles tverrfaglige konsultasjoner kan fungere godt, både for barna, foreldrene og oss fagpersoner. Vi får et større tilfang av informasjon enn vi ville fått gjennom separate konsultasjoner, og vi oppnår en felles og mer helhetlig forståelse av problemene. Med bruk av tavlen kan vi dra terapeut-



tiske elementer fra blant annet familierapi inn i den tverrfaglige konsultasjonen. Dette hjelper oss til å se barnet i en bredere kontekst, å inngi trygghet og å bygge på mestring og ressurser. Tavlen bidrar også til et felles fokus, ro

og åpenhet i et krevende klinisk konsultasjonsarbeid. Slik kan den tverrfaglige konsultasjonen bli mer enn summen av delene og være et terapeutisk møte i seg selv. ✖

## REFERANSER

- Andvik, E., Elgen, I. B. & Greve, G. (2020). Vi må hindre at enda flere unge blir uføretrygdet. *Dagens Næringsliv*. <https://www.dn.no/forskningviser-at/helse/arbeidsliv/uforetrygd/innlegg-vi-ma-hindre-at-enda-flere-unge-blir-uforetrygdet/2-1-887292>
- Berg, I. K. & Steiner, T. (2003). *Children's solutions work*. Norton.
- Elgen, I., Lygre, R., Greve, G., Griffiths, S. & Heggstad, T. (2021). Interdisciplinary Approaches Suggested for Children With Multiple Hospital Referrals Presenting With Non-specific Conditions. *Frontiers in Pediatrics*, 9. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.656939>
- Epston, D., Freeman, J. & Lobovits, D. (1997). *Playful approaches to serious problems. Narrative Therapy with Children and their Families*. Norton.
- Garralda, E. & Rask, C. (2015). Somatoform and related disorders. I A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling & E. Taylor (red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (6. utg., s.1035–1054). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118381953.ch72>
- Grant, L. & Usher, R. (2011). The whiteboard as a co-therapist: Narrative conversations in a generalist counselling setting. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*. Dulwich Centre Publications.
- Heggstad, T., Greve, G., Skilbrei, B. & Elgen, I. (2020). Complex care pathways for children with multiple referrals demonstrated in a retrospective population-based study. *Acta Paediatrica*, 109(12), 2641–2647. <https://doi.org/10.1111/apa.15250>
- Helgeland, H. & Gjems, S. (2020). Somatiske symptomtilstander hos barn og unge. Fra ny viten til klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(9), 657–665.
- Herner, L. B. (2020). Kropp eller psyke – det er begge deler! *Psykologforeningen*. <https://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/helsepsykologi-bloggen/kropp-eller-psyke-det-er-begge-deler>
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V. W. (2012). *Lærebok i familierapi*. Universitetsforlaget.
- Kozłowska, K., Scher, S. & Helgeland, H. (2020). *Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents A Stress-System Approach to Assessment and Treatment*. Palgrave Macmillan. [https://library.oapen.org/bitstream/id/a931bc1e-f68b-4658-b6a6-7c23698a5e56/2020\\_Book\\_FunctionalSomaticSymptomsInChi.pdf](https://library.oapen.org/bitstream/id/a931bc1e-f68b-4658-b6a6-7c23698a5e56/2020_Book_FunctionalSomaticSymptomsInChi.pdf)
- Meld. St. 7 (2019–2020) *Norsk helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194\\_b\\_kortversjon\\_nasjonal\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194_b_kortversjon_nasjonal_helse.pdf)
- Stige, S. H., Dundas, I., Schanche, E. & Hjeltnes, A. (2019). Kva typar mellommenneskelege situasjonar opplever norske psykologar oftast og som mest krevjande? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(8).
- Søreide, J. A. (2017). Mennesker vi møter. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 137(11), 779. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0344>
- Wessely, S., Nimnuan, C. & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*, 354(9182), 936–939. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)08320-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)08320-2)

# Toleransevindumodellen i skolen

Det er skrevet mye og godt om Toleransevindumodellen på norsk i en traumepsykologisk kontekst. Vi finner mindre litteratur om bruken av rammeverket i en normalpsykologisk kontekst.

**SOM KOMMUNEPSYKOLOGER** har vi sett nytteverdien av å bruke Toleransevindumodellen i arbeid med både barn, ungdommer og foreldre, men også i forebyggende helsearbeid gjennom undervisning og veiledning av lærere og SFO-personale. God psykisk helse bygges ikke primært gjennom samtaler eller annen form for terapi, men i alle de små samspillssituasjonene barn deltar i i løpet av dagen. Ved å støtte personalet som står i de ulike daglige situasjonene med barna, mener vi at mange psykiske helseplager kan forebygges. I denne artikkelen vil vi først redegjøre for hvorfor vi mener Toleransevindumodellen er en nyttig forståelsesramme og verktøy i forebyggende psykisk helsearbeid i skolen. Deretter beskriver vi hvordan vi jobber i Barne- og familietjenesten Østbyen, Trondheim kommune, i samarbeid med barne- og ungdomsskoler i bydelen.

## TOLERANSEVINDUMODELLEN

Toleransevindumodellen (figur 1) er i den senere tid blitt gjort kjent i Norge blant annet av psykolog Dag Nordanger (for eksempel Nordanger & Braarud, 2014, 2017). Modellen er særlig benyttet for å gi økt forståelse for barn som er utsatt for traumer og omsorgssvikt. Begrepet toleransevinduet stammer fra nevrobiologisk forskning (Siegel, 2012) og refererer til den optimale fysiologiske aktiveringen hos et menneske. Er vi innenfor toleransevinduet, opplever vi en tilstand av oppmerksom tilstedeværelse i situasjonen. Vi er til stede i oss selv og i møte med andre mennesker. Med slik optimal aktivering er vi i stand til å kon-

sentrere oss og til å lære (Nordanger, 2014). Blir aktiveringen for høy, befinner vi oss i en hyperaktivert tilstand, og kroppen går i alarmberedskap (fight/flight). Vi kan bli overveldet av følelser, mentaliseringsevnen svekkes, og vi handler hovedsakelig på impuls og instinkt. Blir aktiveringen for lav, befinner vi oss i en hypoaktivert tilstand. Aktiveringen synker til et minimum, og vi blir såkalt «imobilisert». Når vi er i en slik tilstand, kjenner vi på en tomhet og en følelse av å være avstengt fra omverdenen (Nordanger, 2014).

Barn (så vel som voksne) som har vært utsatt for traumer, vil kunne få et smalere toleransevinduet og vil derfor lettere havne i en hyper- eller hypoaktivert tilstand. I tillegg har traumeutsatte barn svekkede reguleringsstrategier, og de har dermed et økt behov for reguleringsstøtte (Johannessen & Bakken, 2020; Nordanger & Braarud, 2014). Slik er Toleransevindumodellen svært nyttig for å forstå bedre reaksjonene og behovene til

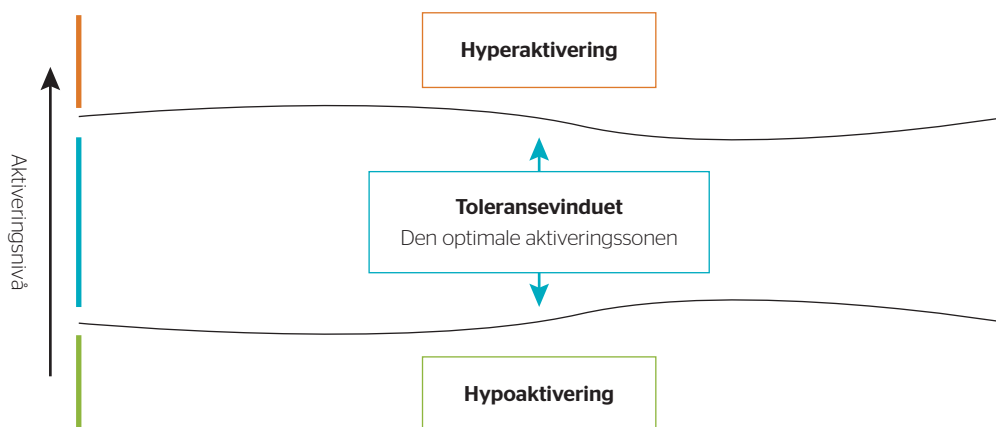
**TEKST** Marianne Hoffart og Torgunn R. Malmo, Barne- og familietjenesten Østbyen, Trondheim kommune

**KONTAKT** torgunn-reitlo.malmo@trondheim.kommune.no



**Toleransevindumodellen hjelper de voksne rundt barnet til å se bak barnets atferd og være nysgjerrige på hva barnet trenger, heller enn å tenke at barnet er vanskelig**

**FIGUR 1** Toleransevinduet. Hentet fra Nordanger & Braarud, 2017, tilpasset fra Ogden, Minton & Pain, 2006.



traumeutsatte barn. Modellen er imidlertid like nyttig for å beskrive normalpsykologisk fungering. Alle vippes vi ut av toleransevinduet i ny og ne, der vi føler oss avkoblet fra omverdenen (vi blir hypoaktivert), eller vi mister besinnelsen og sier og gjør ting vi aldri ville ha gjort dersom vi hadde klart å beholde roen (vi blir hyperaktivert). Hva slags «aktiveringskurve» som er typisk for oss, hvor gode reguleringsstrategier vi har, og størrelsen på toleransevinduet, påvirkes blant annet av temperament og erfaring (som tidlige omsorgserfaringer og eventuelle traumeerfaringer), dagsform og fysisk helse, sosial kontekst, og aktuelle belastninger og påkjenninger (Siegel, 2012).

Vår erfaring fra jobben som kommunepsykologer er at denne modellen er svært anvendelig for de fleste barn og foreldre vi møter i vår tjeneste, uavhengig av hva slags vansker barnet opplever, og hvordan disse kommer til uttrykk. Modellen er enkel å forstå og gir ofte intuitiv mening for de fleste. Toleransevindumodellen hjelper de voksne rundt barnet til å se bak barnets atferd og være nysgjerrige på hva det trenger, heller enn å tenke at barnet *er* vanskelig. Dette siste punktet kan være spesielt nyttig i møte med lærere og andre ansatte i skolen.

#### ULIKE BRUKSOMRÅDER

Vi opplever at Toleransevindumodellen er nyttig på flere områder og på ulike måter, både som et konkret verktøy og en felles forståelsesramme. Det kan hjelpe oss å gi retning i samtale med barn, unge og foreldre, og det kan være et godt utgangspunkt for drøfting og refleksjon, eksempelvis i en lærergruppe som jobber med et barn eller en ungdom. Og sist, men

ikke minst kan Toleransevindumodellen gi oss begreper og perspektiver som vi trenger for å øke bevisstheten om eget bidrag inn i samspill. La oss se nærmere på noen av bruksområdene til modellen.

#### Som forståelsesramme

Hvor aktivert er barnet, og er aktiveringen innenfor barnets toleransevindu? Hva trigger barnets alarm og får aktiveringen til å stige? Slike spørsmål kan hjelpe oss å se forbi atferden og være mer opptatt av hva det er barnet opplever, og hva det trenger. Rammeverket gjør at vi i større grad ser barnet som en del av den konteksten det befinner seg i.

#### I samspill med barn og ungdom

Når vi forstår barnet bedre, har vi større forutsetninger for å legge en plan for arbeidet og være i forkant i krevende situasjoner. Relasjonsarbeid tar tid og er krevende, vi ser ikke nødvendigvis umiddelbar effekt av det vi gjør. Økt forståelse av barnets vansker kan gi oss tål-



**Vår oppgave som kommunepsykologer er å bidra til at de voksne føler seg tryggere i relasjonsarbeidet til ulike typer barn**



modigheten og tryggheten vi trenger. Vi tåler bedre å bli avvist når vi vet mer om hva som skjer i barnet.

Toleransevinduet kan brukes i direkte dialog med barnet/ungdommen ved å tegne opp og snakke sammen om hva det er som skjer i ulike situasjoner, i spesifikke situasjoner, gjennom en dag eller en uke. Hva skaper aktivering, og hva kan være til hjelp når aktiveringen blir for høy? Og hva hjelper ikke?

### I møte med foreldre

Det er vår erfaring at ansatte i barnehage og skole kan synes dialog med foreldre er utfordrende, særlig når barnet strever. Å introdusere Toleransevinduet for foreldre og bruke rammeverket som utgangspunkt for en felles forståelse av barnet, kan bidra til at dialogen går lettere. Rammeverket gir også anledning til å tematisere faktorer som mat, søvn og ulike typer belastninger, da alle disse faktorene påvirker aktivering. Sover barnet lite, spiser det lite, er det mye støy i og rundt familien, da vil dette påvirke barnets toleransevindu på ulike arenaer. Vi utforsker sammen heller enn å fortelle hverandre hva som er vanskelig. Neste skritt blir å finne ut hva som kan hjelpe barnet til å utvide toleransevinduet sitt.

### Som felles språk for drøfting og refleksjon

Vi opplever ofte at skole/SFO/barnehage, foreldre og andre som er relevante for barnet, har ulike forståelser av hvem barnet er, og hva det strever med. Dette kan i noen tilfeller gjøre det vanskelig å finne gode hjelpetiltak. Noen ganger kan det også gi grobunn for konflikter og oppfatninger av at én beskrivelse av barnet er mer riktig enn andre. Via Toleransevindumodellen kan en vise at alle faktorer i og rundt barnet er med på å påvirke barnets aktivering. Barnets fungering på ulike arenaer kan si mye om hva som påvirker barnet, og om hva som hjelper og ikke hjelper det til å holde seg innenfor toleransevinduet sitt. Dette betyr at barnet selv, foreldre og andre aktører rundt har utfyllende, og ikke motstridende, informasjon om hvordan barnets toleransevindu og aktiveringskurve kan arte seg gjennom hverdagen. På samme vis kan de alle ha nyttig informasjon om hva som hjelper barnet i ulike situasjoner. Ved å fokusere på ulike situasjoner og hva som påvirker barnets toleransevindu i situasjonen, opplever vi at vi blir mer opptatt av hvordan vi

kan forstå det som skjer – heller enn hva som er galt (med barnet, foreldrene eller skolen).

### Gir bevissthet omkring eget toleransevindu og bidrag i samspillet

Utfordrende samspill oppstår ikke i et vakuum. Det er viktig at vi som voksne reflekterer over hva vi bringer inn i samspill med barna. En naturlig refleks kan for mange være å speile et barn som fremstår som sint, og dermed «bli med» ut av toleransevinduet. Det viktigste i møte med aktiverte barn er imidlertid at vi klarer å beholde roen selv. Er vi hyper- eller hypoaktivert, vil dette påvirke hvordan vi håndterer ulike typer samspill. Den voksne bør i hovedsak være innenfor sitt eget toleransevindu for å klare å gi barnet god reguleringsstøtte, og bør derfor kjenne til hva som skaper og reduserer aktivering hos en selv. For en lærer kan det være faktorer helt utenfor lærer–elev-relasjonen som har innvirkning på ens eget toleransevindu (eksempelvis aktuelle hjemmeforhold, egen helsesituasjon eller annet) og dermed også samspillet med eleven. Eller en elev kan trigge reaksjoner i en lærer som stammer fra lærerens egen historie eller bakgrunn. Vi opplever at Toleransevindumodellen er et nyttig verktøy både for selvrefleksjon og for å kunne kommunisere om egne reaksjoner og behov for støtte.

Når vi snakker om toleransevinduet, fremhever vi at det er normalt at det varierer i størrelse gjennom dagen, uken og livet. Ved å peke på at det er normalt å falle utenfor toleransevinduet, senker det terskelen for å snakke om reaksjoner som kanskje er litt tabubelagte. Vi tror mange kan oppleve at de taper ansikt eller viser seg som lite kompetente om de forteller om egne reaksjoner. Det kan være lettere å snakke om hva som trigger og skaper aktivering, enn å snakke om sårbarheter og samspill som vi opplever at vi ikke mestrer. Slik kan Toleransevindumodellen gi rom for kommunikasjon omkring egne reaksjoner og behov overfor barnet, foreldrene, i kollegagruppen og overfor egen ledelse. Hvordan er mitt vindu? Hva er det som typisk trigger meg? Hva trenger jeg når det blir for mye?

### KOMPETANSEHEVINGSARBEID I SKOLEN

Ansatte i barnehagene, skolene og SFO har til tider en hektisk jobb, og det er forventet at de løser stadig flere oppgaver. Et sentralt prin-



sipp i den norske skolen er at alle barn skal gå på skole, noe som gjør at personalet møter de som ikke strever, de som strever litt og de som strever mye. Selv om barn kan ha svært ulike atferdsuttrykk, er det fortsatt noen fellesnevner for hvordan vi kan forstå barna, og for hvordan vi kan forstå og håndtere ulike typer strev barn kan ha. Alle barn, uavhengig av uttrykk og eventuelt strev, vil ha et behov for å bli sett, tålt og å høre til. Når vi opplever situasjoner eller barns vansker som overveldende, havner vi selv fort utenfor toleransevinduet og kan tenke at dette er noe spesielt og uvanlig. Vi glemmer barns universelle behov og betydningen av hverdagslige situasjoner og samspill. Når ting er uoversiktlig og komplisert, har vi en tendens til å bli rigide eller å fokusere på detaljer. Under stress kan vi også fort glemme å kommunisere om det vi gjør, og vi glemmer å formidle hva vi tenker – til barnet, foreldrene og dem vi samarbeider med. Det kan gi en følelse av å være alene om å finne løsninger.

Kanskje kan den økte spesialiseringen i samfunnet føre til at de som jobber med barn, blir utrygge på om de gjør ting riktig i de daglige møtene med barna, og at de raskt konkluderer med at «noen må komme og ta over». Vår oppgave som kommunepsykologer er å bidra til at de voksne føler seg tryggere i relasjonsarbeidet til ulike typer barn. Vi ønsker derfor å styrke barnehage- og skolepersonalet som generalister, og tenker at det vil komme alle barna til gode, ikke bare de som har spesielle behov.

Toleransevindumodellen kan være et rammeverk som styrker de ansattes trygghet og opplevelse av mestring og kompetanse på flere områder, som det å kunne se bakenfor atferden barnet eller ungdommen viser, å forstå hva barnet strever med og å planlegge hjelpetiltak. I tillegg er toleransevinduet en god og konkret modell man kan bruke i samtaler med barnet eller ungdommen, foreldrene, i kollegafelleskapet, men også med oss i hjelpetjenestene.

### TRYGGERE VOKSNE, TRYGGERE BARN

Utviklingen av undervisningsopplegget «Tryggere voksne, tryggere barn» kom i stand etter en henvendelse fra en skole vi samarbeider med. Ledelsen ved skolen ønsket kompetanseheving knyttet til det relasjonelle arbeidet med elevene. Tilbakemeldingene etter gjennomført undervisning var at deltakerne opplevde den som svært relevant for skolehverdagen og utfordringene

de sto i. I etterkant har ryktet spredd seg. Flere skoler har meldt seg på, og vi har videreutviklet undervisningsopplegget vårt. Før vi starter undervisningen, har vi alltid et møte med ledelsen på skolen. Vi gjør praktiske tilpasninger til den enkelte skole for å sikre at fagstoffet blir mest mulig relevant. Ledelsen har verdifull informasjon om skolens kultur og hvilke temaer som oppleves mer utfordrende enn andre. De bidrar også med gruppesammensetning av personalet. Forankring i ledelsen har vist seg å være svært viktig for å sikre at kompetansepåfyllet knyttes opp til skolens langsiktige arbeid.

Forelesningsdelen av undervisningsopplegget tar for seg temaene følelsesregulering, Toleransevindumodellen og dens bruksområder, kjennetegn og behov ved over- og underaktivering, samt den voksnes toleransevindu og bidrag inn i samspill. Vi ønsker å gjøre fagstoffet så konkret og virkelighetsnært som mulig, og har derfor med oss noen «eksempelbarn» som en rød tråd gjennom forelesningen. Vi forteller om Jonas på 12 som ofte kan være «litt mye». Han har mye uro i kroppen, og han får sjelden med seg beskjeder. Jonas har vansker med å samle seg om skolearbeidet og kan ofte forstyrre de andre elevene, og når han blir snakket til av læreren, kan han reagere med sterke følelser og stygge kommentarer. Og vi snakker om Ella på 11 år som ingen riktig føler de kjenner, som gir lite av seg selv, og det oppleves som vanskelig å komme i kontakt med henne. Det virker som hun ofte er «i sin egen verden» og viser lite spontanitet og vitalitet. Vi bruker disse eksempelbarna til å demonstrere hvordan en kan anvende Toleransevindumodellen for å forstå atferd (hva er tegn på over- og underaktivering), og se etter triggere (hva skaper aktivering i situasjonen), før vi reflekterer rundt hva barnet trenger (tiltaksplanlegging). Vi snakker også om hva som kjennetegner disse barna når de er innenfor toleransevinduet, og legger vekt på at det er her de må befinne seg om de skal være mottakelige for læring. Noe vi har merket oss, er at de ansatte i skolene ofte svarer at det er mest utfordrende å stå i dialog med de barna som har lett for å bli underaktivert, da de er usikre på hvordan de skal komme i dialog med disse barna og hjelpe dem.

I forelesningen spør vi: *Når gikk du sist ut av ditt eget toleransevindu i møte med et barn?* Spørsmålet fører ofte til befriende latter og mye prat i salen. Vi tolker det dit hen at dette er noe de kjenner seg igjen i, men som kanskje fort-



## De skoleansatte svarer ofte at det mest utfordrende er å stå i dialog med de barna som har lett for å bli underaktivert

satt er tabu eller noe som ikke skal skje. Ved å si *når* og ikke *om* ønsker vi å senke terskelen for å kunne snakke om at det skjer, og at det er greit å snakke om det med barna, med kollegaer og andre rundt en. Men det er samtidig viktig at vi er ansvarst vårt bevisst: Det er de voksne som har ansvaret for relasjonen, og for å reparere når man mister besinnelsen i møte med en elev (går ut av toleransevinduet) og reagerer unødvendig hardt. Vi fremhever imidlertid at organisasjonen som helhet også har et ansvar. Vårt toleransevindu påvirkes av omgivelsene vi er i. Arbeidsmiljø, forhold til kollegaer, ledelse, arbeidsforhold og kultur vil derfor være høyst relevante faktorer med tanke på hva som påvirker toleransevinduet til den enkelte. Vi oppfordrer derfor ledelsen til å jobbe med organisasjonsstrukturer og hvilke strukturer de vil utvikle for å understøtte refleksjon hos de ansatte omkring hva de bringer med seg inn i samspill.

I tillegg til forelesning har vi en økt med refleksjon i grupper. Gruppene kan velge oppgaver relatert til eget toleransevindu, dialog med en elev/kollega om Toleransevindumodel-

len eller dialog med foreldre. I denne økten har vi med oss kollegaer (helsesykepleiere, pedagoger og sosialfaglige) som allerede har en samarbeidsrelasjon til skolen, til å fasilitere arbeidet i gruppene. Dette gjør vi for å sikre at fagstoffet tas videre i drøftingene om enkeltbarn, i grupper og i samarbeidet mellom skolen og Barne- og familietjenesten.

Etter en stund har vi en oppfølgingssamling for å repetere fagstoffet og for at deltakerne skal få jobbe med aktuelle utfordringer de møter i hverdagen. Dersom budskapet skal «sette seg», må de få jobbet med det over tid og i ulike modaliteter.

### OPPSUMMERING

God psykisk helse bygges først og fremst i de små og store samspillsituasjonene som barnet deltar i. Det å bidra til kompetanseheving i skolen er således en viktig oppgave for kommunepsykologen. Toleransevindumodellen er en nyttig forståelsesramme og et verktøy for å styrke dem som møter barna i hverdagen, og undervisningsopplegget «Tryggere voksne, tryggere barn» er et eksempel på hvordan en kan legge opp en slik kompetanseheving. Tilbakemeldingene vi har fått så langt, er gode, og deltakerne uttrykker at de opplever fagstoffet som svært relevant for ulike former for relasjonsarbeid i skolen. Vi har fått tilbakemeldinger på at det er kjærkomment at en også fokuserer på de voksnes eget toleransevindu. Vi mener at fagstoffet er like relevant for de som jobber med de yngste barna, og planlegger nå å tilpasse undervisningsopplegget til barnehagene. ❌

### REFERANSER

- Johannessen, K. N. & Bakken, A. K. (2020). *Fra uro til ro. Utfordrende atferd og barns muligheter for læring*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Nordanger, D. (2014). *Traumefeltets nyttigste verktøy?* Child and Adolescent Complex Trauma Society. <http://www.cactusnettverk.no/traumefeltets-nyttigste-modell/>
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C., (2014) Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 530–536.
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklings-traumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Siegel, D. J. (2012). *Developing Mind, Second Edition*. New York: Guilford Publications.





**GAMMEL HISTORIE I NYE LOKALER** I 1971 ble de første klientene tatt imot ved poliklinikken for unge og unge voksne ved det daværende Psykologisk institutt ved Universitetet i Bergen. Nå holder Institutt for klinisk psykologi til i Alrek helseklynge (bildet). Foto: Ole Myklebust Amundsen

**FAGESSAY**

# Universitetsklinikker for psykologi i Bergen – 50 år

Psykologiske universitetsklinikker har vært sentrale som rammer for profesjonsutdanningen i 50 år.

**TEKST** Jan Skjerve<sup>1</sup>, Roar Solholm<sup>2</sup>, Geir Høstmark Nielsen<sup>3</sup> og Astri J. Lundervold<sup>4</sup>

<sup>1,2,3</sup> Institutt for klinisk psykologi, UiB

<sup>4</sup> Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, UiB

**KONTAKT** Jan.Skjerve@uib.no



**N**orges første universitetsklinikk for psykologi ble åpnet i Bergen for 50 år siden. Det er god grunn for å markere jubileet til klinikken, som representerer en viktig del av psykologenes profesjonshistorie. Dette fagessayet redegjør for etableringen og driften av de psykologiske universitetsklinikkene i Bergen.

I 1971 ble de første klientene tatt imot ved poliklinikken for unge og unge voksne ved det daværende Psykologisk institutt ved Universitetet i Bergen. Dette var den første norske klinikken for opplæring av psykologstudenter. Poliklinikken ble ledet av sjefpsykolog Wenche Håland. Hun var erfaren både som klinisk psykolog og som underviser for studenter.

Professor Bjørn Christiansen var drivkraften bak opprettelsen av psykologutdanningen ved Universitetet i Bergen. Under forberedelsen til arbeidet med studieplanen for cand.psychol.-utdanningen besøkte han flere toneangivende universiteter i den amerikanske psykologutdanningen. Dette var universiteter med scientist-practitioner-studier basert på prinsippene fra Boulder-konferansen om psykologutdanninger (Raimy, 1950). Essensen i Boulder-modellen er at psykologer skal gis opplæring både som forskere og praktikere, inklusive erfaringsbasert læring fra klientarbeid. Christiansen var også inspirert av arbeidet ved Rutgers University, der de utviklet en profesjonsutdanning med sterk betoning av kandidatens kompetanse i anvendt psykologi, det som senere ble kalt PsyD. eller Doctor of psychology-studiet. Einar Kringlen, daværende professor i klinisk psykologi i Bergen, var en medspiller for Christiansen i planarbeidet med klinikken, mens professor Lise Østergaard formidlet erfaringer fra klinikken ved København-universitetet.

I 1971 hadde det første ordinære kullet i det nye studiet kommet så langt at det skulle starte på sitt første av totalt fire praksissemestre. Dette praksisomfanget representerte en betydelig utvidelse i forhold til den da gjeldende studieplanen i Oslo, og det å vektlegge praksis så sterkt var mer i tråd med de amerikanske standardene. Christiansen var fullt klar over at det ikke var tilstrekkelig med praksisplasser i Bergens-området for å innfri ambisjonene med studiet. Derfor la studieplanen opp til at de tre første praksisperiodene skulle være ved interne universitetsklinikker ved Psykologisk institutt, mens det fjerde semestret skulle være ved en ekstern institusjon.

Etter at den første poliklinikken var startet opp, kom det tre til, både for å øke utdanningskapasiteten og for å sikre den faglige bredden i utdannelsen av psykologer. Den nevropsykologiske poliklinikken og poliklinikken for barn og ungdommer ble etablert i 1972. En fjerde poliklinikk for opplæring i diagnostisk arbeid kom i gang i 1977. På 90-tallet ble den faglige innretningen ved denne klinikken endret til opplæring i psykoterapi med godt voksne og eldre. I dag er de fire poliklinikkene organisert som en integrert helhet under Det psykologiske fakultet, med fire seksjoner som dekker feltene til de tidlige poliklinikkene. Denne enheten har fått navnet Psykologisk universitetspoliklinikk.

## UNIVERSITETSKLINIKKENES PROFIL

Ideen om psykologiske universitetsklinikker var også hentet fra USA. Som forventet i Norge på denne tiden vakte det bestyrtelse at en ville opprette poliklinikker som var driftet og ledet av psykologer. I det formelle kollegievedtaket om opprettelsen, som for øvrig ble fattet en god stund etter at de første klinikkene var i full gang, inngikk det at hver klinikk måtte



Det å vektlegge praksis så sterkt var mer i tråd med de amerikanske standardene





Da kunne klinikkene bli et forum for utveksling av faglige ideer og utforskning av nye arbeidsmåter

etablere et faglig råd som skulle være rådgivende og føre tilsyn med virksomheten. I hvert av rådene skulle det være en representant oppnevnt av Det medisinske fakultet. Klinikklederen måtte godkjennes av helsetilsynet før tilsetning. I statuttene for poliklinikkene, også vedtatt av kollegiet, het det at de primære oppgavene var undervisning og forskning, og at det skulle ytes klientrettede tjenester i det omfang som var nødvendig for å utføre hovedoppgavene. Det hører med til historien at de faglige rådene ble nedlagt etter vel 10 år. Helsetilsynets rolle opphørte også.

Flere amerikanske gjesteprofessorer i Bergen hadde bidratt i studentundervisningen og i videreutdanningstilbud i klinisk psykologi og psykoterapi forut for etableringen av klinikken for unge voksne og voksne. Den mest innflytelsesrike var Harold Greenwald, som var en inspirator for flere psykologer knyttet til klinikken. Klinikkvirksomheten fikk en korttidsterapeutisk profil, og bemanningen besto av sjefpsykologen, en amanuensis, to stipendiater og en kontoransatt. De faglige stillingene fungerte som rekrutteringsstillinger, med mulighet for videre styrking av både klinisk kompetanse og forskningskompetanse.

Hallgrim Kløve ble tilbudt et nyopprettet professorat i klinisk nevropsykologi, det første i Norge, der han skulle lede oppbyggingen av den nevropsykologiske poliklinikken. Kløve, som var cand.psychol. fra Universitetet i Oslo og professor ved University of Wisconsin, hadde en solid posisjon i amerikansk nevropsykologi da han ble ansatt. Poliklinikken ble raskt toneangivende innen nevropsykologisk utredning og forskning i Norge. Poliklinikken for barn og ungdommer ble de to første årene ledet av amerikanske gjesteprofessorer. De utarbeidet et studieprogram i klinisk barne- og ungdomspsykologi med en empirisk eklektisk orientering, og med sentrale innslag av økologisk/systemisk teori, eksponeringsteori, konsultasjonsmetodikk og foreldrerettede tiltak, blant annet tidlige varianter av PMT. Den fjerde klinikken ble gradvis utviklet til å sikre et undervisningstilbud i korttids psykoterapi også for den eldre delen av befolkningen.

## HISTORISK BAKTEPPE

Ideen om at psykologstudenter trenger praktisk klinisk trening, var langt fra ny da den ble innarbeidet i Boulder-modellen. Den første psykologiske poliklinikken ble opprettet i 1896, underlagt det psykologiske instituttet ved Pennsylvania University. Den var primært et tjenestetilbud til befolkningen, men den hadde også universitetsfunksjoner. I 1914 var antallet psykologiske klinikker økt til 19 i USA, og videre til 87 i 1936 (Reisman, 1976). De fleste av disse klinikkene hadde som hovedoppgave å trene psykologer. Chicago-konferansen om profesjonell opplæring av kliniske psykologer i 1966 anbefalte oppretting av psykologiske sentre. De skulle yte tjenester til et bredt utvalg av klienter, være administrert av psykologer og ha nær tilknytning til et universitet. I 1983 var antallet økt til godt over hundre klinikker (Calhoun & Green, 1984).

Universitetsklinikkene var ment å dekke tre funksjoner. I tillegg til å gi rammer for praktisk klinisk opplæring hadde de som oppgave å yte kliniske tjenester og legge til rette for forskningsvirksomhet. Disse funksjonene var gjensidig avhengige av hverandre og var tenkt å utgjøre en integrert helhet. I studieplankonferanser ble det understreket at den kliniske virksomheten måtte gi erfaring som var relevant for store deler av det kliniske pensumet. De ansatte burde gis anledning til å videreutvikle

sin kliniske kunnskap og sine ferdigheter. Da kunne klinikkene bli et forum for utveksling av faglige ideer og utforskning av nye arbeidsmåter. Tjenestene som ble gitt, måtte innfri krav i tråd med de beste tradisjonene innen klinisk praksis. Det var ønskelig å rekruttere lærere og veiledere fra gruppen av de beste klinikerne, både teoretisk og praktisk. Dette bidro til å sikre at studentene fikk møte adekvate rollemønstre (Seráfica & Harway, 1980).

Det var bred enighet blant klinikkledere og programansvarlige i USA om nytten av opplæringsklinikker som var integrert i et universitetsmiljø (Calhoun & Green, 1984). Geografisk og organisatorisk nærhet øker engasjementet i klinikkdriften for både klinikkansatte og akademisk stab, og det sikrer koordinering av pensum, undervisning og praksis. En «kasusstudie» av det psykologiske sentret ved New York State University gir en god illustrasjon av flere sider av utformingen og driften av en psykologisk universitetsklinikk (Wapner et al., 1984).

## SCIENTIST-PRACTITIONER- UTDANNING

Ved innføringen av psykologloven i Norge i 1973 ble det behov for å spesifisere innholdet i studier som skulle føre fram til godkjenning. Det ble utarbeidet standarder for norsk embets-eksamen i psykologi. Standardene bygget på Boulder-modellens prinsipper for en scientist-practitioner-utdanning. Utdanningen i Bergen var dermed stort sett utformet slik at de nye standardene var innfridd.

Basert på anbefalinger fra USA ble det vedtatt at profesjonelt arbeidende kliniske psykologer skal ha fått en innføring i teorier og funn innen de sentrale temaområdene i akademisk psykologi. Gjennom kjennskap til forskningsmetoder skal de kunne sette seg inn i studier og kunne selvstendig og kritisk vurdere holdbarheten av funn, og de skal være i stand til selv å utføre forskning som bidrar til ny kunnskap. I tillegg skal de ha fått praktisk trening i de mange arbeidsoppgavene som inngår i rollen som klinisk psykolog.

Det siste punktet fordrer at studenter under utdanning må arbeide i en setting som gir relevant mulighet for å utføre profesjonelle arbeidsoppgaver. Praksisen skal være forskningsinformert, slik intensjonen er i erklærin-

gen om evidensbasert psykologisk praksis (NPE, 2007). Idealet for en scientist-practitioner er at behandling og beskrivelse i hver enkelt klient-sak skal kunne betraktes som et velkontrollert eksperiment med systematisk datainnsamling (Barlow et al., 1984; Thorne, 1947.). Punktet om at psykologer skal være i stand til selv å bidra til ny kunnskap, har vært det vanskeligste å realisere. Studier har vist at antall publikasjoner har vært lavt både blant amerikanske og engelske kliniske psykologer (Eke et al., 2012).

## FAGLIG VIRKSOMHET

Da en etablerte interne klinikker i USA, var viktige argumenter muligheten en fikk for tett kontakt mellom alle involverte personalgrupper, integrasjon av teoretisk og praktisk opplæring, styring med inntak av klienter, mulighet for å prøve ut nye arbeidsmåter og samordning av klinisk og forskningsmessig virksomhet. I Bergen på 70-tallet var nok det prekære behovet for praksisplasser det mest tungtveiende argumentet.

I dagens internpraksis får studentene en innføring i rollen som klinisk psykolog. De opparbeider grunnleggende diagnostiske og terapeutiske ferdigheter og får erfaring med et utvalg av hyppig forekommende klientproblemer som er aktuelle på ulike tjenestenivåer. Veilederne, både klinikkansatte og eksternt engasjerte, har solid klinisk kompetanse og skoleringskompetanse som veiledere. For å sikre veilederkompetansen har det vært nødvendig å tilby opplæringsprogrammer og å avholde jevnlig seminarer om veiledningsspørsmål. Gjennom årene er det foretatt flere evalueringstudier som har bidratt til kvalitetsutvikling av veiledning og praksisinnhold. Alle studentene får nevropsykologisk praksis, mens de må velge en av de tre øvrige seksjonene som praksissted. De første årene kunne det forekomme veiledningsgrupper for psykoterapiopplæring med fem–seks deltakere, mens disse gruppene nå har maksimalt fire deltakere.

Erfaringene fra klinikkene i Bergen har vist betydningen av et godt samarbeid med et nettverk av eksterne henvisende instanser for å få en stabil tilgang av klienter som egner seg for studenter på ulike nivåer av praksis. Henvisninger til den nevropsykologiske poliklinikken kommer fra mange ulike instanser, »

slik som sykehusavdelinger, fastleger, PPT, offentlig ansatte og privatpraktiserende psykologer og psykiatere. Gjennom årene er det allmennpraktiserende leger som har vært den hyppigste henvisningskilden til de andre klinikkene. Et ledd i nettverksarbeidet har vært å tilby seminarer og foredrag om aktuelle faglige tema til mange grupper av eksternt personale. Slik kunnskapsformidling er dessuten en av hovedoppgavene for universitetene. For å opprettholde en jevn strøm av henvisninger som er egnet for studentpraksis, har det vært påkrevd at de klinikkansatte tar imot klienter i tillegg til klienter som studentene arbeider med. I mange år ble det gitt driftstilskudd fra fylket til dette arbeidet, et tilskudd som ble benyttet til forskning og faglig utvikling. Egen klinisk virksomhet har vært, og er, betydningsfull for å opprettholde og heve den faglige kompetansen til de ansatte.

Universitetsklinikkene er underlagt de samme forsvarlighetskrav som alle andre som yter helsetjenester. Det store antallet uerfarne studentterapeuter stiller særskilte krav til å ha tydelige prosedyrer for den kliniske virksomheten. Arbeidet med å utarbeide retningslinjer for klientarbeidet, veiledningen og praksisinnholdet startet med en gang klinikkene ble etablert, og de har siden blitt kontinuerlig oppdatert og revidert. En ekstern revisjon av prosedyrebeskrivelsene for et par-tre år siden ga foranledning til en samordning av beskrivelsene for alle de fire klinikkene.

Internklinikken er ikke under det samme servicepress som andre offentlige helsetjenester. Det gir mulighet for å selektere klienter på bakgrunn av undervisnings- og forskningsformål. Det har også gitt en frihet med hensyn til metodeutprøving, som i sin tur gir rom for innovasjon og formidling av andre arbeidsmåter enn de som er dagsaktuelle i de ordinære helsetjenestene. Det har åpnet for å utdanne psykologer som kan bidra til fornying og utvikling på sine framtidige arbeidsplasser.

Det er utfordrende å innfri målene med driften av universitetsklinikkene. Det er ikke gitt at det er sammenfall mellom klientgrupper som er egnet for forskningsformål, og de som er egnet for undervisningsformål, noe som kan kreve særskilt klientinntak til forskningsprosjekter. Både undervisnings- og forskningsarbeidet krever samordning og felles opplæring av interne lærere og eksternt engasjerte

veiledere. Alle ansatte skal få muligheten til å opprettholde spesialistkompetanse. Veiledere skifter, og det skal kontinuerlig gis påfyll av grunnleggende veilederkompetanse. For å kunne realisere idealene i scientist-practitioner-modellen er det påkrevd at en tilpasser metodeopplæringen studentene får til utfordringene i klinisk praksis. Studentene trenger å møte erfarne lærere som selv evner å integrere de ulike aspektene av den profesjonelle rollen studentene skal tilegne seg.

Ett er sikkert: Å utnytte det potensialet som de interne universitetsklinikkene kan representere, krever kontinuerlig arbeid både med faglig innhold, organisatoriske rammer og økonomiske betingelser. En vedvarende frustrasjon har vært at forskning integrert i klinikkvirksomheten har måttet vike til fordel for de undervisningsrelaterte oppgavene. Dette til tross – et ikke ubetydelig antall arbeider om psykoterapi, klinisk veiledning og nevropsykologiske vansker er blitt publisert.

## I DAG OG FRAMOVER

Alle de fire studiestedene for psykologutdanning har i mange år hatt interne klinikker. Måten de er ledet og organisert på, varierer. Gjentatte ganger har krefter utenfor klinikkene reist spørsmål om forsvarlighet av driften og om det skal være en universitetsoppgave å yte helsetjenester. Noen har ment at klinikkene bør «outsources» til helseforetakene. I diskusjonene har det vært påfallende lite refleksjon om den faglige funksjonen klinikkene har, og hvilke muligheter de representerer. Det kan synes som det er behov for å minne om den posisjonen interne klinikker opprinnelig var tiltenkt i profesjonsutdanningen for psykologer.

I jubileumsåret blir det arbeidet med å legge klinikkundervisningen ved de fire seksjonene under Psykologisk universitetspoliklinikk til nye og felles lokaler. Det er etablert en ny ledelse, og en ny studieplan for internpraksis skal settes ut i livet. Samtidig skal praksisundervisningen gjennomføres under strenge korona-restriksjoner. Det er et travelt år i Bergen.

Stormer har blitt ridd av. Men universitetsklinikkene må videreutvikles og tilpasses for å ivareta formålene med dem. Standardene for psykologutdanning ble revidert flere ganger. I dag er de erstattet av felles forskrift for alle



helse- og sosialfagutdanninger og forskrift om nasjonale retningslinjer for psykologutdanning. Forskriftene er ikke klare på at psykologer skal ha en forskeropplæring. Men det betyr ikke nødvendigvis at det ikke kan gis, eller at Boulder-modellen er forlatt. Flexner (1915) (referert i Peterson, 1997) framholdt at hverken forskere eller praktikere kan være fordomsfulle eller for raske til å konkludere, men at de må observere, reflektere, registrere resultater og prøve om igjen inntil det aktuelle problemet er løst eller gitt opp. Også den profesjonelle praktikeren må våge seg ut i det ukjente. Det vil stadig dukke opp spørsmål og utfordringer som det ikke foreligger svar på eller bestemte prosedyrer for å håndtere. Praktikeren må være nyskapende samtidig med at den best underbygde kunnskapen tas i bruk og tilpasses de unike forholdene som gjelder i den enkelte arbeidsoppgaven. I utdanningen må lysten til å være nysgjerrig og kreativ stimuleres i tillegg til at en formidler foreliggende funn og metoder. De interne universitetsklinikkene bør være i første rekke i dette holdningsarbeidet. ✘



Det kan synes som det er behov for å minne om den posisjonen interne klinikker opprinnelig var tiltenkt i profesjonsutdanningen for psykologer

## REFERANSER

- Barlow, D. H., Hayes, S. C. & Nelson, R. O. (1984). *The scientist practitioner. Research and accountability in clinical and educational settings*. Pergamon Press.
- Calhoun, J. F. & Green, C. (1984). Perspective of psychology training clinics from training and clinic directors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 371–378. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.15.3.371>
- Eke, G., Holttun, S. & Hayward, M. (2012). Testing a model of research intention among U.K. clinical psychologists: a logistic regression analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 263–278. <https://doi.org/10.1002/jclp.20860>
- Flexner, A. (1915). Is social work a profession? I *Proceedings of the national conference of charities and corrections*. Social Work.
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsippklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1127–1128.
- Peterson, D. R. (1997). *Educating professional psychologists. History and guiding conception*. American Psychological Association.
- Raimy, V. C. (red.) (1950). *Training in clinical psychology (Boulder Conference)*. Prentice Hall.
- Reisman, J. M. (1976). *A history of clinical psychology*. Wiley.
- Serafica, F. C. & Harway, N. I. (1980). The psychology department clinic: Its organization and development. *Professional Psychology*, 11, 741–748. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.11.5.741>
- Thorne, F. C. (1947). The clinical method in science. *American Psychologist*, 2, 161–166. <https://doi.org/10.1037/h0060157>
- Wapner, J. H., Blanchard, E. B., & Blocher, D. H. (1984). Psychological services center at the State University of New York at Albany: A case study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 333–342. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.15.3.333>

# Kan hvem som helst være forfatter?



**Katharine Cecilia Williams**

Sjefredaktør  
katharine@  
psykologtidsskriftet.no

**TIDLIG I KARRIEREN** arbeidet jeg med datainnsamling og artikkelskriving. Slikt gjør man sjelden alene. Arbeidet foregår i en kontekst og sammen med andre. Jeg hadde en veileder og fikk hjelp fra en statistiker til å gjøre analyser, og vi var flere som arbeidet på det samme datamaterialet. Langt ute i skriveprosessen ba veileder om at jeg føyde til et ekstra navn på listen over forfattere til artikkelen. Dette var en person som jeg knapt hadde møtt, og som ikke hadde noe kjennskap til det arbeidet jeg hadde gjort. Siden jeg hadde nedlagt atskillige timer i det og følte en sterk dedikasjon til arbeidet mitt, følte det helt feil å skulle inkludere navnet til en person som ikke hadde noen investering i studien. Som nyutdannet og uerfaren ble jeg svært usikker. Var denne forespørselen fra veileder et uttrykk for en norm om å dele og inkludere? Var jeg lite raus som følte en så sterk motstand mot å inkludere som forfatter en ikke-involvert part? Selv om jeg hadde et svært nært og kjært forhold til min veileder, endte jeg med å avslå forespørselen. Det jeg fryktet skulle skje, skjedde: Vår relasjon kjølnet.

I årene som har gått siden min uheldige erfaring, har det kommet klarere kjøreregler for hva som definerer et forfatterskap. Siden vi som arbeider innenfor akademisk publisering, observerer at disse retningslinjene ikke alltid overholdes, tenkte jeg det kunne være fint å gi en kort presentasjon av hvordan et forfatterskap defineres av Vancouver-gruppen.

Her understrekes det at status som forfatter skal baseres på

- a) vesentlige bidrag til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data
- b) utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold
- c) godkjenning av artikkelversjonen som skal publiseres
- d) at man stiller seg formelt ansvarlig for alle deler av arbeidet som publiseres

*Alle* disse fire punktene skal være oppfylt. I tillegg skal en forfatter kunne være i stand til å identifisere hvilke spesifikke andre deler av arbeidet de øvrige forfatterne er ansvarlige for.

I tilfellet jeg beskrev innledningsvis her, ville personen som ønsket å bli ført opp som forfatter, kun oppfylt krav c. Når personer med en relativt perifer tilknytning til prosjektet, inkluderes på forfatterlisten, kalles det gaveforfatterskap («Gift authorship»). Slike gaveforfatterskap er ikke noe ukjent fenomen, men helt klart i strid med etablerte retningslinjer for etisk publiseringspraksis. Gaveforfatterskapet min veileder ville dele ut, ville ikke gjort noe fra eller til for selve artikkelen. I noen tilfeller kan man imidlertid ønske å legge til en anerkjent eller senior forfatter, for på den måten å gi artikkelen større tyngde eller gjennomslagskraft. For forskere vil det være meritterende å stå oppført på så mange publiserte artikler som mulig. Så lenge dette driver frem økt samarbeid og verdifull utveksling i forskermiljøene, er jo dette en positiv, motiverende drivkraft. Problemet med gaveforfatterskap er imidlertid at det

gjør det mindre tydelig hvem som har gjort hvilken forskning, og dessuten bidrar det til å utvanne forfatterstatusen.

En annen problemstilling oppstår når en person har deltatt med vesentlige bidrag i arbeidet, men ikke blir kreditert som forfatter, såkalt skyggeforfatter («Ghost authorship»). Et eksempel på dette kan være når det er en annen person som har gjort det meste av utformingen av prosjektet eller det meste av skrivearbeidet, og ikke den som føres opp på forfatterlisten. En variant av dette vil være når personen som er listet som førsteforfatter, ikke er den som har gitt det vesentligste bidraget i arbeidet. En slik situasjon er vanskelig å avdekke eller gjøre noe med i etterkant. Derfor er det best å være i forkant av slike konflikter og praktisere å alltid starte et prosjekt med en drøfting og avklaring av hvem som skal stå som forfattere på artikkelen eller artiklene. For yngre kandidater kan dette kanskje oppleves som vanskelig. Å ta opp til diskusjon i prosjektgruppen hvordan forfatterskap skal defineres, vil likevel trolig bli motatt positivt da det vil bidra til en god, åpen og etisk publiseringskultur. Å foreta en avklaring av hvem som skal være forfatter på en artikkel, bør gjøres før en starter på skrivearbeidet. I tilfeller der en i ettertid skulle ønske å trekke fra eller legge til en forfatter etter at manuskriptet er sendt inn, vil *Psykologtidsskriftet* avkreve en begrunnelse og behandle den i overensstemmelse med Vancouver-gruppens veiledning.

Når det gjelder rekkefølgen i forfatterlisten, er det ulike meninger om hvilke spilleregler som gjelder. Førsteforfatter vil imidlertid oppfattes som hovedforfatter og den som har bidratt mest i arbeidet. Vancouver-gruppen gir ikke noen klare retningslinjer når det gjelder dette spørsmålet, men generelt bør forfattere enes om rekkefølgen og kunne være i stand til å redegjøre for hvem som har gjort hva, og gi en begrunnelse for rekkefølgen som er valgt. I noen tilfeller velger forfattere å listes alfabetisk og med dette indikere at alle har bidratt like mye.

Skulle du oppdage at du er utelatt som forfatter på en artikkel der du oppfyller kravene til forfatterskap, eller at du er satt opp som forfatter på en artikkel mot din vilje, kan du kontakte redaksjonen.

*Tidsskrift for Norsk psykologforening* følger retningslinjene fra Vancouver-gruppen og fra Committee on Publication Ethics i spørsmål knyttet til forfatterskap. ✘



Slike gaveforfatterskap er ikke noe ukjent fenomen, men helt klart i strid med etablerte retningslinjer for etisk publiseringspraksis

I hvert nummer drøfter representanter fra Fagetisk råd (FER) i Norsk psykologforening en fagetisk problemstilling. Du kan sende fagetiske spørsmål til [etikk@psykologtidsskriftet.no](mailto:etikk@psykologtidsskriftet.no).

FOTO: STINE KOLAAS NASH



**SISSEL GARNES** er medlem i Fagetisk råd (FER) i Norsk psykologforening og jobber som psykolog i Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) i Bergen kommune.

## *Er jakten på barnets stemme alltid til barnets beste?*

**I Norge er** mellom 20 og 30 prosent av alle barn og unge i kontakt med ulike oppfølgingstilbud og instanser som omhandler psykisk helse, utover de tjenestene som helsestasjoner og skolehelsetjenesten tilbyr alle barn. Felles for disse instansene, som for eksempel BUP, PPT og barnevern, er potensialet til å utøve stor inngripen i barnas og ungdommenes liv.

**De siste årene** har «barnets stemme» blitt et populært begrep innenfor tjenester for barn og unge. Samfunnsaktører som barneombudet, kunnskapssenteret Forandringsfabrikken og statsforvalteren har alle på ulikt vis påpekt at barns rett til å bli hørt, informert og vernet om, slik FNs barnekonvensjon slår fast, ikke er godt nok kjent og innarbeidet i det arbeidet som ulike hjelpeinstanser utfører.

**Med dette som** utgangspunkt foregår det nå, med rette, en omfattende innsats på ulike nivå innenfor barne- og unge-feltet for å endre og forbedre praksis slik at barnets stemme i større grad løftes opp og frem. Men kan det å bli hørt noen ganger også oppleves som en belastning? Hvordan kan man sikre at en god og viktig intensjon om medvirkning faktisk oppleves positivt?

**Å gjennomføre samtaler** er en metode de fleste av oss naturlig griper til i arbeidet med å undersøke barns opplevelser og behov. Som regel med god grunn, fordi vi opplever at det gir oss tilgang på den informasjonen vi trenger for å foreta nødvendige vurderinger. De fagetiske prinsippene

pålegger oss samtidig å kontinuerlig reflektere over hvilke begrensninger som ligger i de psykologfaglige metodene vi velger å benytte. Barn som mottar oppfølging i hjelpeapparatet, gjennomfører som regel mange samtaler med flere voksne, der de voksne ofte har ulike deloppdrag de skal løse for tjenesten de jobber i. Dersom den voksne oppleves som perifer og ukjent for barnet, kan resultatet bli at det barnet formidler, først og fremst preges av et behov for å beskytte seg selv, ved å si så lite som mulig eller ved å si det man tror den voksne vil høre. Barnet har da formelt sett blitt hørt, samtidig som barnets stemme kanskje i realiteten også har gått tapt.

**En annen utfordring** knyttet til barnesamtalen som verktøy, er i hvilken grad vi som psykologer har gode metoder for å kunne undersøke om barns opplevelser og formidling av disse stemmer med virkeligheten. Barn som eksempelvis står i uløselige dilemma eller trekkes inn i manipulative konflikter mellom foreldre, kan oppleve det som en utvei å noen ganger fantasere, overdrive eller lyve. Spørsmålet blir da om og hvordan vi eventuelt kan fange dette opp, og





viser først og fremst hvor kompleks og utfordrende en undersøkelse av «barnets stemme» i realiteten kan være.

**Jeg har stor** tro på at det foretas mange gode og kreative grep blant kolleger landet over for å løfte barnets stemme opp og frem. Det krever imidlertid, slik de fagetiske prinsippene også fremhever, at vi reflekterer over om rammebetingelsene for arbeidet vi utfører, er gode nok, for eksempel i form av nok tid til å tilpasse og individualisere arbeidet vårt til det enkelte barns behov. Hvis ikke kan samtalen med barnet i verste fall ende opp som et utredningssteg med standardisert innhold fordi den ellers skaper krysspress i forhold til andre virksomhetsmål, som for eksempel tidsbruk per sak.

**Et annet grep** vi som fagpersoner og voksne ofte gjør, særlig når barna blir eldre, er å invitere dem inn i møter som gjelder dem selv, for eksempel ved tilbakemelding etter utredning eller i samarbeidsmøter med foresatte og skole. Det er en god tanke, og for mange barn kan nok dette oppleves som et ærlig forsøk på å ta dem

på alvor. Det fagetiske prinsippet om respekt beskriver kompleksiteten av ulike faktorer som bør vurderes i en slik sammenheng. Dersom vi ikke på forhånd undersøker barnets forventninger, samt tilpasser rammene for og innholdet i møtet til barnets alder, språkferdigheter og funksjonsnivå, står vi i fare for å bringe barnet inn i en situasjon der det opplever seg mer overveldet og eksponert enn lyttet til og hjulpet.

**Begrepet «barnets stemme»** kan bidra til et mer praksisnært fokus i tjenester rettet mot barn og unge, ved at barna selv fritt får formidle hva som oppleves som god og nyttig hjelp for dem. Da bør begrepets innhold imidlertid ikke ses på som en statisk størrelse, men som noe som må utforskes i lys av det enkelte barns situasjon og behov. Får vi dette til, kan vi som psykologer bidra til at barn i økende grad blir hørt i saker som gjelder dem selv, også i tilfeller der ulike funksjonsnedsettelse utfordrer vår bruk av etablerte undersøkelsesmetoder. Da bidrar vi også til at retten til å bli hørt, informert og vernet om forblir en menneskerettighet for alle, og ikke et privilegium for noen få. ✕

”

Samtalen med barnet kan i verste fall ende opp som et utredningssteg med standardisert innhold

# Meninger



## DEBATT

# Faren ved tolkende intervensjoner



Tolkning er en provokasjon dersom pasientens subjektive opplevelse ikke anerkjennes.

**TEKST** Heidi Gjerde,  
psykologspesialist

### ISTDP

**ETTER Å HA** lest Camilla Bärthel Flaaten's bekymringsmelding om ISTDP i juniutgaven, husket jeg erfaringer fra konferansen Emotion Revolution 2018 i Bergen. Den kanadiske psykiateren Allan Abbass viste noen terapivideoer som gjorde sterkt inntrykk. Fra mitt perspektiv så det ut som om Abbass la føringer for hva pasienten følte, slik Flaaten beskriver at hun og andre har opplevd med andre ISTDP-terapeuter. Det Flaaten beskriver som en kjølig og utfordrende tilnærming, kom for meg til uttrykk gjennom det jeg opplevde som mangel på validerende, relasjonsfremmende og reparerende intervensjoner.

På konferansen deltok også den amerikanske psykologen og forskeren Janina Fisher. I et intervju med psykologisk.no i etterkant av konferansen uttalte hun følgende: «Jeg har (...) store vansker med å tilnærme meg Allan Abbass og intensiv dynamisk korttidsterapi. Hans måte å arbeide på er diametralt motsatt fra min. Det er altfor konfronterende. Jeg synes det er dypt forstyrrende å se terapivideoene hans. Jeg opplever at det i Allan Abbass sitt arbeid er en insisterende, direktiv tilnærming der man tvinger det vonde frem og sier dette er bra for deg. Som om vi vet best. For meg er det en voldelig måte å arbeide på.»

Det var en usedvanlig krass kritikk av en annen terapeut og hans intervensjoner. Jeg

tenkte at det var trist at ikke Fisher sa dette på konferansen. Det kunne ha blitt en spennende debatt om tolkende og konfronterende versus bekreftende og støttende intervensjoner. Debatten uteble også i kommentarfeltet.

### TOLKENDE INTERVENSJONER

Mye tyder på at en overvekt av endringsorienterte intervensjoner som blant annet tolkning kan oppleves provoserende av pasienter (Killingmo, 1989; Linehan, 1997; Gjerde, 2020). Bjørn Killingmo og Marsha Linehan har ut ifra to ulike terapitradisjoner, psykodynamisk og kognitiv, påpekt at pasienter med mangelpatologi eller emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan oppleve et slikt ensidig fokus som provoserende, som kritikk og som ødeleggende. De kan reagere med sinne, aktivt gå til motangrep på terapeuten, eller resignere og slutte i terapi. Flaaten's påpekning av at flere pasienter opplever ISTDP som å rokke ved folks selvopplevelse, kan tyde på at ISTDP-modellen innebærer en risiko for at terapeuten får for stort fokus på å tolke versus å validere pasientens genuine subjektive opplevelse. Uten validering vil ansvarliggjøring og påpekning kunne oppleves kaldt og konfronterende. At pasienter opplever å ikke bli sett og forstått av terapeuten, kan bli en ny negativ relasjonell erfaring som i verste fall kan medføre retraumatisering.



**KONFRONTASJON**  
Under Emotion Revolution i Bergen i 2018 var både Allan Abbass (til venstre) og Janina Fisher (i midten) til stede. I etterkant av konferansen kritiserte Fisher den konfronterende måten Abbass driver terapi på. Foto: Nora Skjerdningstad

### Å TA ANSVAR FOR EGET PERSPEKTIV

Vi som terapeuter bør være svært forsiktige med å fortelle pasienter hva de føler. Det kan vi ikke vite. Å ta på seg rollen å fortolke et annet menneskes følelser og opplevelser er å ta på seg et stort ansvar. Terapeuten bør alltid ta ansvar for at tolkningen er hennes perspektiv, ikke den objektive sannheten om pasientens opplevelse. Det må alltid være rom for at pasienten kan korrigere oss. Hvis ikke vil pasienten oppleve seg definert. Flaaten beskriver at hun og andre tidvis har opplevd terapien i ISTDP som å ikke ta ansvar for eget perspektiv, men bli insisterende på at en selv har rett. Filip Myhres svar i juliutgaven var et svar med viktige poeng når det gjelder god praksis. Men jeg opplever at han generaliserer Flaaten's kritikk til å gjelde alle terapier, og at han dermed fremstår som litt ansvarsfraskrivende.

Terapier er en reaksjon på sin tid. De fleste har nyttige elementer, og de fleste har oversett viktige faktorer. Flaaten gir en gave til ISTDP. Den bør de bruke til å analysere grundig om det er spesifikke faktorer ved ISTDP som innebærer økt risiko for å bli for tolkende og selvbekreftende. ✕

### REFERANSER

- Furu, J.E.T. (2018, 25. november). Mennesker er selvlegende – et intervju med Janina Fisher, <https://psykologisk.no/2018/04/mennesker-er-selvlegende-et-intervju-med-janina-fisher/>
- Gjerde, H. (2020). Bekreftende kommunikasjon – et terapeutisk verktøy verdt å satse på i døgnsesjoner i psykisk helsevern? Spesialistoppgave i spesialiteten klinisk voksenpsykologi.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of PsychoAnalysis*, 70, 65–79.
- Linehan, M. (1997). Validation in psychotherapy. I Bohart, A.C. & Greenberg, L.S., *Empathy reconsidered: New Directions in Psychotherapy*. American Psychological Association.



Vi som terapeuter bør være svært forsiktige med å fortelle pasienter hva de føler. Det kan vi ikke vite

### DEBATT OM ISTDP

#### Tidligere innlegg:

- Nr. 07 - 2021** Bekymringsmelding om ISTDP mottatt (Filip Myhre)
- Nr. 06 - 2021** Ett år med ISTDP - en bekymringsmelding (Camilla Bärthel Flaaten)







# Da faget ble borte i Salten

Erfaringene mine fra psykisk helsevern for barn og unge i Bodø er ei oppskrift på å skape svingdørspasienter og uføretrygdete.

**DE SISTE 34 ÅRENE** har jeg jobbet som psykolog i forskjellige enheter innenfor Psykisk helsevern for barn og unge i Salten (heretter kalt BUPA). BUPA er en del av Nordlandssykehuset HF. Familie- og nettverkstenkning har vært en viktig bærebjelke i organisasjonen (Reigstad, 2005).

Arbeidsstokken var i mange år stabil, men det har endret seg i de senere år. Fra sommeren 2015 til mars 2020 sluttet over halvparten av de ansatte. Flertallet av dem hadde jobbet mer enn ti år i BUPA. Blant annet sluttet 12 psykologspesialister, hvorav 10 var under 45 år.

## FOR MYE OPPTATT AV DIAGNOSTISERING

I januar 2018 gjennomførte vi som var tillitsvalgte psykologer, en intervjuundersøkelse blant noen av dem som sist hadde sluttet. Ni personer ble intervjuet, hvorav fem psykologer. Åtte av ni intervjuede oppgav forhold i BUPA som primær årsak til at de valgte å si opp. «Faget er blitt borte», var et svar som gikk igjen blant informantene. De hevdet at registreringer og tall overskygget alt annet. Flere mente at man var for mye opptatt av diagnostisering og kart-

legging/spørreskjemaer og for lite opptatt av behandling. Det ble etterlyst mer rom for kreativitet. Flere opplevde arbeidsbyrden som for stor. Liten påvirkning på egen arbeidssituasjon var også noe som gikk igjen i svarene. Mange ledernivå og hyppige omorganiseringer ble framhevet som årsaker til det. Ordet fryktkultur ble brukt av flere.

2021 har vært preget av nedleggelse. Det ambulante teamet er borte. Teamet jobbet utadrettet mot heim og skole og fanget opp mange ungdommer som ikke klarte å møte til avtaler ved poliklinikkene, og ofte heller ikke på skolen. Også Familieenheten er lagt ned etter snart 40 års drift. Korttidsenheten må effektivisere sitt arbeid med betydelig kortere liggetid, og det kan bli slutt på å møte ungdommene og deres nettverk heime i form av for- og ettervern. Sykehuset ønsker at alle forløp kun skal ha én ansvarlig behandler, og at man bør unngå å benytte coterapeut for å sikre at man ikke koder problemer forskjellig. BUPA er dessuten pålagt å spare kr 500 000 ved reduksjon i ambulering. Ved omplassering av ansatte ble det lagt mer vekt på for-



**TEKST** Ole-John Pedersen, mangeårig psykologspesialist ved BUPA i Bodø, nå pensjonist

**ILLUSTRASJON**  
Hilde Thomsen

**RAMMEVILKÅR  
I PSYKISK  
HELSEVERN**





Det viktigste nå er at registreringene er gjort riktig

malkompetanse enn realkompetanse og ansiennitet. En meget vel ansett tidligere leder over 60 og en utdannet PMTO-terapeut er blant dem som ender opp med å jobbe i miljø, hvorav den ene innenfor voksenalderen.

For tida er det bare én mannlig behandler i poliklinikkene i Salten. Han er over 60 år. Ved Akuttenheten er det nå ingen psykologspesialister og ingen legespesialister i hel stilling. Korttidsenheten har langtids sykdom i stab, og har sendt ut informasjon om at nye søkere ikke kan vente å få plass før i 2022.

#### NYTTEN AV TO TERAPEUTER

Selv om interne forhold kan ha betydning, tolker jeg resultatene av vår undersøkelse dit hen at fagpersoner slutter som en følge av måten vi har organisert helsevesenet på.

Vi som har jobbet noen år, har erfart at barn og unges problemer ofte er sammensatte, og at det er lurt å jobbe intensivt på flere områder en periode for å bidra til at noe blir kvalitativt annerledes. Vi har sett hvor viktig besøk heime er for forståelsen av problemene, og hvor viktig det er å samarbeide med familie og nettverk for å gi god hjelp. Når vi har fått henvist et barn eller en ungdom fra en dyktig kollega, har vi erfart at det kan være lurt å se på problemene med nye øyne og ikke gjøre mer av det samme. I familiesamtaler har vi sett nytten å være to terapeuter for å kunne ivareta flere perspektiv og også behovet for å ha mannlige behandlere. Vi har erfart at forhold i familien og opplevde traumer ofte er sterkt medvirkende årsaker til barn og unges problemer (Reigstad & Kvernmo, 2014). Men vi har også erfart at det kan ta lang tid før barn og unge tør å fortelle om traumer og vanskelige familieforhold. De er avhengige av å ha en trygg relasjon først. Relasjon er gjerne vel så viktig som metode og vurdering (Pedersen, 2020). Man kan nesten lure på om de som har laget dagens modell, noen gang har møtt et barn med problemer.

Jeg oppfatter at erfaringer fra eldre klinikere er underordnet i dagens helsevesen. Det er også tilbakemeldinger fra brukere. I BUPA var disse lenge vårt viktigste kvalitetssikringsverktøy. Nå er hierarkiet snudd opp ned. Tilbakemeldingsskjemaene er erstattet med kvalitetssikring i form av internkontroll av utredningsplaner og behandlingsplaner samt kartlegging av suicidfare og rus. Det viktigste nå er at registreringene er gjort riktig. Når jeg har vært på kurs om stadige endringer i regler for registrering, har jeg ofte tenkt: «Hva om ressursene som brukes på å pønske ut nye registreringsformer og å kontrollere at de etterfølges, heller hadde blitt brukt på å hjelpe barn og unge som har det vanskelig?»

#### VANSKELIG Å KONKURRERE MED KREFT

En nylig framlagt rapport (Barneombudet, 2020) har fått tittelen: «Jeg skulle hatt BUP i en koffert». Men det koster å ambulere, og ressurser til barn og unge skal konkurrere med ressurser til for eksempel kreftbehandling i storsystemet. Og Nordlandssykehuset må spare penger grunnet store budsjettoverskridelser på byggeprosjekt innenfor somatikk.

Gisvold, Røe og Wyller (2021) lanserer en alternativ modell for organisering av dagens helsevesen. De hevder at eldre med sammensatte problemer, som ikke helt passer inn i eksisterende modell, nå er taperne. Det er etter min mening også barn og unge med sammensatte proble-

mer. Jeg værer et klasseskille, der de som har det vanskeligste utgangspunktet, er de som ikke får hjelp. De kan bli forsøkt skjøvet over til kommunene, og små kommuner har store problemer med å rekruttere fagfolk. Disse barna har som oftest ikke foreldre som er politikere eller byråkrater, og heller ikke foreldre som har råd til å kjøpe privat helsehjelp. Og det er ikke deres foreldre som roper høyest når tidsfrister brytes.

Jeg er ikke i tvil om at tilbudet er kraftig svekket innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Salten, både i form av kompetanseflukt og nedleggelse av team som har hatt rammebetingelser for å gjøre en kvalitativt god jobb. Med dagens fokus på økonomi er det fare for at vi kan bli sittende igjen med kun de eneste lov-pålagte tjenester, poliklinikker og akutenhet, der en snever medisinsk modell blir rådende, og der det blir et mål å få flest mulig gjennom systemet på kortest mulig tid. Det er etter min mening ei oppskrift på å skape svingdørspasienter og uføretrygdete, og et kvalitativt svært dårlig tilbud til barn og unge. ✘

*Nordlandssykehuset har fått anledning til samtidig imøtegåelse av kritikken i dette innlegget, men har ikke benyttet muligheten.*

## REFERANSER

- Barneombudet (2020). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov*. Fagrapport oktober 2020.
- Gisvold, S.E., Røe, O.D. & Wyller, T.B. (2021): Er vi på vei mot et sengeløst, hjerteløst og todelt helsevesen? *Samfunn og økonomi*, mars 2021.
- Pedersen, O.J. (2020): Foreldre skal være med. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(12), 878–883.
- Reigstad, B. (2005). Nordland. «Fra flo og fjære, til fjell og dypen dal.» I Sommerchild, H. & Moe, E. (red.), *Da barnepsykiatrien kom til Norge. Beretninger fra de som var med*, (s. 312–320). Universitetsforlaget.
- Reigstad, B. & Kvernmo, S. (2014). ADHD – eller noe annet. Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(4), 302–311.

## Debattert

# Erfare, dokumentere eller begge deler?

**«Pasienter med psykiske lidelser tilbys udokumentert behandling. Det er uakseptabelt», skrev Wenche ten Velden Hegelstad og Jan Ivar Røssberg i Aftenposten 28. juni. De brukte Basal eksponeringsterapi (BET) som eksempel og inspirerte til debatt i Stortingets spørretime.**

**Negative konsekvenser:** Ikke bare kan pasienter i psykisk helsevern tilbys udokumentert behandling. De kan også tilbys en behandling med svært negative konsekvenser for behandlingsforløpet. Nylig ble en slik «behandling» hyllet av Bent Høie. (...) Bet-metoden tilbys også til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, psykososer og schizofreni. Det er en svært konfronterende og ofte smertefull behandling.

*Jan Ivar Røssberg, professor og overlege i psykiatri, Universitetet i Oslo og Wenche ten Velden Hegelstad, psykologspesialist og førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger, Aftenposten 28. juni*

**Lære og utvikle:** I sin kritikk viser Røssberg og Hegelstad selv til en studie fra Vestre Viken. Det trengs mer kunnskap både på positive og negative effekter. I Vestre Viken pågår en studie om erfaringene til pasienter som opplevde at BET ikke var bra for dem. Vi ønsker å lære og utvikle tilbudet videre. (...)

*Sondre Sperle Engebretsen, sykehusoverlege, Blakstad, Klinikk for psykisk helse og rus og Kristin Tafjord Lærum, ass. Klinikkdirektør klinikk for psykisk helse og rus, begge Vestre Viken, Aftenposten 8. juli*

**Medisinfrie tiltak:** I Aftenposten 28. juni hevder en professor og overlege i psykiatri ved Universitetet i Oslo og en psykologspesialist ved Universitetet i Stavanger at man i norsk helsevesen tilbyr medisinfrie tiltak med udokumenterte og til dels skadelige virkninger innen psykisk helsevern. (...) Hvilke krav stilles før medisinfrie tiltak tas i bruk i psykisk helsevern, og hvordan sikrer helseministeren at de medisinfrie tiltakene som benyttes har en dokumenterbar positiv effekt?

*Tellef Inge Mørland (A) i skriftlig spørsmål til helse- og omsorgsminister, Bent Høie 29. juni*

**Tilbakemeldinger:** (...) medisinfrie tilbud er et nødvendig supplement til det ordinære behandlingstilbudet i psykisk helsevern. Pasienter som ønsker et medisinfritt tilbud skal kunne velge dette så langt det er faglig forsvarlig i hvert enkelt tilfelle. (...) For dokumentasjon av effekt mener jeg at erfaringene og tilbakemeldingene fra brukerne, behandlerne og pårørende er særlig viktige.

*Helse- og omsorgsminister Bent Høie svarer Tellef Inge Mørland 29. juni*

Les innlegget til Anders Skuterud om medisinfri behandling på side 714

# Helse Sør-Øst svikter rusavhengige

Fagplanen for psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst tar ikke inn kompleksiteten i forståelsen av rusavhengighet. Utviklingstraumer er fraværende.



**TEKST** Jan Sunder  
Halvorsen, psykiater

## RUSBEHANDLING

**I OKTOBER 2020** sendte Helse Sør-Øst-avtalepartnerne til høring planene for rusbehandling fram til 2035. Valdresklinikken påpekte fraværet av fokus på komorbide utviklingstraumer. I mai 2021 innkalte HSØ til et digitalt møte for å diskutere den endelige planen. Essensen er økt satsing på poliklinisk behandling og færre sengeplasser. Fortsatt var det fravær av utviklingstraumer. I fagplanens forord står følgende: «Det er høy komorbiditet mellom psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har ofte også somatiske sykdommer. Ved psykiske lidelser og rusmiddelproblemer er det både økt risiko for tidlig død og for selvmord.»

Men hvilke psykiske lidelser? Det er ikke et ord i planen om følgene av ulike former for tidlig omsorgssvikt, som forekommer hos 75–80 % av våre pasienter. De er som barn blitt utsatt for tidlig omsorgssvikt, som i voksen alder manifesterer seg i traumetilstander. Bak disse er historier om familier med høy forekomst av fysisk vold, seksuelle overgrep, psykiske overgrep, fravær, tap, rusmisbruk og somatisk sykdom. Rusavhengighet er en følge av det underliggende komorbide traumat. De faller utenfor fellesskapet fordi psykisk smerte hindrer en naturlig tilknytning til andre mennesker. Rus er et desperat forsøk på smertelindring. HSØ mangler det perspektivet.

### DET SÅRBARE BARNET

I de første leveårene er barnet både uhyre sårbart og samtidig robust. Det barnet ikke tåler, er over tid å leve med høyt fryktnivå. Allan Schore har helt siden 1990-tallet beskrevet den biopsyko-sosiale forstyrrelsen i tilknytning et barn da utsettes for. Den kan senere føre til utvikling av rusavhengighet. I tillegg til åpenbare årsaker som vold, seksuelt misbruk og ulike former for

omsorgssvikt kan traumetilstander hos barn også sosialt arves i tilsynelatende «normale» familier. Lyons-Ruth har gjennom sin forskning kastet lys over fenomenet. Det kan overføres fra en generasjon til den neste om ikke forstyrrelsen i tidlig tilknytning tas tak i. Rusbehandling er så mye mer enn kun rus. Den forståelsen mangler også i HSØs fagplan.

### OMSORGSSVIKT OG HJERNEN

Det som savnes i fagplanen, er en anerkjennelse av den underliggende omsorgssvikten hos det store flertallet rusavhengige. Hundrevis av studier dokumenterer at sviktende omsorg forstyrrer integreringen av den høyre hjernen. Følgen av dette er en alvorlig svekkelse av evnen til å knytte seg til andre mennesker. ACE-studien til Felitti har en gang for alle slått fast sammenhengen mellom psykiske lidelser og somatiske sykdomstilstander hos voksne. Den norske legen Anna Louise Kirkengen har i boken *Når krenkede barn blir syke voksne* fra 2010 utdypet sammenhengen.

### RUSBEHANDLING OG TRAUMER

Rusbehandling må forholde seg til både rus og traumer. Behovet for hjelp er ikke avsluttet selv om det er etablert et begynnende edruskap. Fortsatte traumesymptomer blir hos mange en alvorlig trussel mot et skjørt edruskap. Avrusning og rusbehandling er kun skritt på veien. Etter det har mange vedvarende traumesymptomer som krever innleggelse i et trygt institusjonsmiljø. Det er i dag mangel på kapasitet og kompetanse til å gi rusavhengige et helhetlig behandlingstilbud. Veien tilbake til rus kan være kort. Vi har om og om igjen sagt fra om dette. Behovet for sengeplasser til denne gruppen er skrikende.



## RUSBEHANDLINGENS HJERTE

Det relasjonelle feltet mellom behandlere og avhengige er helt avgjørende for å skape rusfrihet. Da er vi inne i funksjoner og væremåter som er intuitive, emosjonelle og kreative. Det handler om terapeutisk levd intersubjektivitet i kontaktfeltet med den rusavhengige. Den kan best beskrives som erfaringsbasert emosjonell praksis ingen av oss blir eksperter eller utlært i. Det handler om å våge og stå i kontakt som et sårbart medmenneske og regulere eget fryktnivå. Videre være i stand til å ta vare på egne grenser og være avgrenset overfor pasienten. Prosessen er dialektisk, der terapeutens forhold til seg selv er like viktig som relasjonen til pasienten, de henger sammen. Den balansegangen er en viktig utfordring i rusbehandling. Kunnskap kan ikke ensidig knyttes til objektive kriterier. Det er på tide å inkludere erfaringsbasert kunnskap. Subjektivitetens plass i rusbehandling er fraværende i fagplanen.

## FAMILIEN OG RUS

Rusavhengighet er ikke et individuelt problem. Hos de fleste er det resultatet av et dysfunksjonelt familiemiljø. Å inkludere familien i behandlingen kan for mange bli avgjørende for etableringen av edruskap. Robert Stolorow og Michael Reiter har utdypet hvor sentralt familieperspektivet er i behandlingen av rusavhengighet. Mange rusmisbrukere vil kunne falle tilbake til rus om ikke mønster og roller i fami-

lien synliggjøres. Familieperspektivet mangler i fagplanen.

## SAMFUNN OG RUS

Fagplanen hevder det vil skje en økning i antallet individer som i nærmeste fremtid vil få psykiske og rusproblemer. Men det er ingen diskusjon om årsaken til det. Strukturelle forhold som prestasjonspress, konkurranse, sosioøkonomiske forhold med stadig økende forskjeller forstyrrer et stort antall barns utviklingsmiljø. Et økende rusproblem kan bli sett på som et symptom som signaliserer at vi som samfunn ikke evner å ta vare på grunnleggende behov hos et stort antall barn. Strukturelle forhold knyttet til rusavhengighet inkluderes ikke i planene til HSØ.

Fagplanen tar ikke inn kompleksiteten i forståelsen av rusavhengighet. Vi trenger kompetanse og ressurser i institusjonene som kan møte virkeligheten – rusavhengige med alvorlige traumetilstander. Den foreslåtte strategien med økt poliklinisk behandling og færre institusjonsplasser er et alvorlig feilskritt. Fagplanen mangler et helhetsperspektiv, som både har et objektivt faktagrunnlag, tar inn subjektivitetens betydning i forståelse og behandling og i tillegg har et samfunnsperspektiv. HSØ svikter rusmisbrukerne, mens politikerne lover og lover. ✕

*Helse Sør-Øst RHF har fått anledning til samtidig imøtegåelse av kritikken i dette innlegget, men har ikke benyttet muligheten.*



Den foreslåtte strategien med økt poliklinisk behandling og færre institusjonsplasser er et alvorlig feilskritt

## REFERANSER

- Farrugia, P. L., Mills, K. L., Barrett, E., Back, S. E., Teesson, M., Baker, A., Sannibale, C., Hopwood, S., Rosenfeld, J., Merz, S., & Brady, K. T. (2011). Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post traumatic stress disorder. *Mental health and substance use: dual diagnosis*, 4(4), 314–326. <https://doi.org/10.1080/17523281.2011.598462>
- Felitti, V. J. (2002). The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *Permanente Journal*, 6(1), 44–47.
- Helse Sør-Øst (2021). Regional fagplan for psykisk helsevern og rusbehandling. <https://www.helse-sorost.no/nyheter/regional-fagplan-for-psykisk-helsevern-og-rusbehandling>
- Kirkengen, A. L. (2011). Den skjulte epidemien. Bokanmeldelse, *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0113>
- Lyons-Ruth, K. (2010). The Interface Between Attachment and Intersubjectivity: Perspective from the Longitudinal Study of Disorganized Attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 595–616. <https://doi.org/10.1080/07351690701310656>
- Matê, G. (2010). In the Realm of the Hungry Ghosts: Close encounters with addiction. *North Atlantic Books*.
- Reiter, M. (2019). Substance Abuse and the Family: Assessment and Treatment. *Routledge*. <https://doi.org/10.4324/9780429459573>
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201–269. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9)
- Souza, T., & Spates, C. R. (2008). Treatment of PTSD and substance abuse comorbidity. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 11-26. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100643>



**GODE GAMLE** Det er en fordel at det utdannes flere psykologer ved norske studiesteder, mener professor Anne-Kari Torgalsbøen, men at dette best skjer ved å øke kapasiteten ved de veletablerte universitetene. Her fra Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Foto: Nora Skjerdingsstad

## De fire gamle er bedre egnet enn Agder

Det er en fordel at det utdannes flere psykologer ved norske studiesteder. Men det skjer best ved å øke kapasiteten ved våre veletablerte, kunnskapstunge universiteter.

**TEKST** Anne-Kari Torgalsbøen, dr.psychol., professor, spesialist i klinisk psykologi, UiO

### PROFESJONS- UTDANNINGEN

**I JULI-UTGAVEN** av tidsskriftet adresseres mitt innlegg om jakten på psykologutdanningen av dekan og rektor ved UiA og en professor emeritus ved UiO.

Det er gledelig at Universitetet i Agder nå erkjenner at profesjonsstudiet i psykologi er basert på en generalistmodell med påfølgende frivillig spesialisering i jobb. Jeg registrerer også at de legger til grunn at det er retningslinjene i RETHOS som skal styre innholdet i utdanningen.

Som svar på mine innvendinger mot å opprette en psykologutdanning ved UiA oppfordrer dekan og rektor til å se et litt større bilde. Dette store bildet består av en omfattende beskrivelse av hvor bedrøvelig det står til på Sørlandet. Opprettelsen av en profesjonsutdanning i psykologi skal angivelig kunne bedre både den psykiske helsen, livskvaliteten og levekår i denne plagede landsdelen. Men holder dette som premiss for å spre psykologutdanningen på nok en utdanningsaktør?

Det er uvisst om et utdanningstilbud på Sørlandet vil gi flere psykologer i nærområdet. Det er fristende å peke på Tromsø og økt tilfang av psykologer i Nord-Norge, slik Arne Holte gjør, men Sør-Norge er et mye mer integrert arbeidsmarked.

### MANGLER STILLINGER OG VILKÅR

Vel så viktig er det at lav psykologdekning i visse områder like gjerne kan skyldes forhold hos arbeidsgiver som mangel på fagfolk. Vil nyutdannede jobbe som enslige psykologer i gravgrendte kommuner med uklare oppgaver og ledelseslinjer bare fordi de er utdannet i nærheten? Riksrevisjonen har nylig dokumentert hvor lemfeldig enkelte kommuner behandler området psykisk helse. Generelt synes derfor problemet å være mangel på stillinger og vilkår, ikke fagfolk.

Forholdene i det offentlige medfører at flere velger å jobbe privat, også i de store byene. Hvordan skal flere fagfolk bedre Sørlandets utfordringer hvis de også velger å jobbe privat i de større byene (eller digitalt, for helseforsikring o.l.)? Dette ble nylig adressert i et oppslag i VG (Spets, K., 2021, 22. april: Stor vekst i private psykologer).

En forsvarlig psykologdekning i distriktene er av stor betydning. Sannsynligvis vil en økning av utdanningskapasiteten også kunne bidra til dette. Men jeg er fortsatt av den oppfatning at dette gjøres både raskere og billigere ved at kapasiteten økes ved nåværende utdanningssteder. Avtaler med KS om hovedpraksis i kommunene vil muligens kunne gi noe av effekten UiA ser for seg. Det er bedre å se om dette er tilfelle før man går til det svært kostnadskrevenne skritt å opprette nye studiesteder.

### UNDERVURDERER KRAVENE

Det arbeides med å skape et solid og anerkjent studieprogram med høy kvalitet på alle nivå, hevdes det i innlegget fra dekan og rektor. Men min vurdering er at UiA undervurderer hva som skal til for å innfri kravene til generalistmodellen. Det gjelder ikke minst hvor omfattende det er å bygge opp et fagmiljø av spesialister med forskningskompetanse, som har ansvaret for ferdighetstrening innenfor klinisk arbeid med barn, voksne og eldre. Som kjent er det relativt få fagpersoner i Norge med slik dobbeltkompetanse, og rekrutteringen har allerede vist seg krevende ved flere av studiestedene.

### RALJERER MED GENERALISTMODELLEN

Arne Holte fortsetter også i dette innlegget å raljere med den norske generalistmodellen, nå også underbygget med en insisterende bruk av utropstegn. Det er synd at en kollega som har bidratt så mye til å bygge opp flere forsknings- og utdanningsinstitusjoner, noe han gir en utførlig redegjørelse for i sitt innlegg, for tiden synes mest opptatt av å snakke ned den norske psykologutdanningen.

Faren for å utvanne generalistmodellen er mindre ved at psykologer utdannes i Norge. «Psykologutdanningen» ved Elte har som kjent i to rettsinstanser nå blitt vurdert som ikke god nok i henhold til norsk standard. Det er derfor en fordel at det utdannes flere psykologer ved norske studiesteder, noe UiA ønsker å bidra til. Men mitt syn er altså at dette best skjer ved å øke kapasiteten ved våre veletablerte, kunnskapstunge universiteter. ✕



Det er uvisst om et utdanningstilbud på Sørlandet vil gi flere psykologer i nærområdet

#### DEBATT OM PROFESJONSUTDANNINGEN

##### Tidligere innlegg:

- Nr. 07 - 2021 Lønnsomt å spre profesjonsutdanningen (Sunniva Whittaker, Anders Johan W. Andersen)
- Nr. 07 - 2021 Tromsø klarte det, det kan Agder også (Arne Holte)
- Nr. 06 - 2021 Jakten på psykologutdanningen (Anne-Kari Torgalsbøen)

# Kravet om medisinfri behandling er et brukeropprør

De som kritiserer de medisinfrie tilbudene i psykisk helsevern, unnlater å drøfte pasientenes opplevelser. Det er mildt sagt forbausende.



## TEKST

Anders Skuterud, psykologspesialist, konsulent for Nasjonalt senter for erfaringskompetanse i psykisk helse

## MEDISINFRI BEHANDLING

**NÅR DET I** sin tid oppstod et krav om medisinfri behandling, skyldes det at mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser hadde opplevd at de ble møtt med medisiner som eneste behandlingstilbud, og at dette tilbudet hadde gitt dem mer bivirkninger enn ønskede effekter. Vi som har fulgt disse tjenestene i mange år, vet at manglende effekt av medisiner ofte har ført til økte doser og/eller mange medikamenter parallelt uten god effekt. Og det uten at medisineringen har hatt dekning i forskning.

## TILLITSKRISE

Når mange pasienter i tillegg ikke har opplevd seg hørt når de har tatt opp plagsomme bivirkninger, har det dessverre oppstått en tillitskrise mellom mange pasienter og de psykiske helse-tjenestene. Tillitskrisen handler om usikkerhet om den medikamentelle behandlingen er nyttig (Whitaker, 2014). Men kanskje enda viktigere er det at mange brukere ikke har opplevd villighet til å ta i bruk (og forske på) alternativer til medisiner. Kravet om medisinfrie behandlingstilbud er et brukeropprør.

Det er selvsagt mye en kan si om dette, men jeg mener det er svært viktig at dette utgangspunktet blir tatt alvorlig. Det er fortsatt mange pasienter og pårørende som er misfornøyde med det som blir tilbudt av hjelp.

Ingen seriøs fagperson vil benekte at for å forstå og behandle psykiske lidelser trengs det bio-psyko-sosiale forståelsesmåter. Men for mange pasienter har det fremstått som om det er den biologiske forståelsen som trumfer andre forståelsesformer. Slik sett er ønsket om medisinfrie tilbud et ønske om større vekt på de psykososiale forståelsesformer. Det kan betraktes som et opprør mot at det medisinske paradigmet skal ha dominans.

## USIKKERT FORSKNINGSGRUNNLAG

Det er helt riktig som Røssberg påpeker i sin kronikk i Psykologtidsskriftets julinummer, at det ikke er noe samlet alternativt paradigme som står som alternativ. Brukerrepresentantene har fremmet ønsker om svært ulike tiltak. Det er imidlertid mye usikkerhet i forskningsgrunnlaget for dagens behandlingstilbud til pasienter med psykose, inkludert medikamentelle behandlingsformer. I juniutgaven beskriver Bjørnstad og ten Velden Helgestad en ideell metode for implementering av behandling. Etter å ha fulgt psykisk helsevern i 50 år vet jeg at innovasjon nesten alltid har skjedd i hele spekteret fra tilfeldigheter, sterke personligheters tro på metoder og mer eller mindre god forskning. Dette gjelder både medisiner, psykoterapi og andre tiltak.

Det er mye forskning på medikamenter (NOU 2011:9., kap. 9). Vi vet for eksempel at medikamenter hovedsakelig har en beroligende og dempende virkning, og at de på kort sikt gir god effekt på positive symptomer ved psykose (Linggjærde & Aarre, 2015). Vi vet mindre om effekten på lang sikt, og vi vet at en del av pasientene ikke har nytte av medikamentene (Folkehelseinstituttet, 2018). Vi vet også at medikamentell behandling kan gi store og til dels alvorlige bivirkninger for mange pasienter. Og vi vet at mange får tilbakefall og hyppige reinnleggelser. Det er få holdpunkter for at medisinene hjelper pasienter med schizofreni-lidelse til bedre sosial og yrkesmessig fungering (Whitaker, 2014).

Det stemmer at vi kunne hatt mer forskning på medikamentfri behandling. Jeg støtter at slik forskning gjennomføres. Brukerbevegelsen har etterlyst dette i mange år. Hvis forskningen hadde vært igangsatt da brukerne først ba om det, ville vi hatt et bedre kunnskapsgrunnlag i dag.

Det betyr likevel ikke at vi ikke vet noe om de enkelte alternativene til medikamenter. Det



finnes mye forskning som ligger bak utviklingen av basal eksponeringsterapi (BET) (Hammer, Heggdal, D. Ludvigsen, K., 2020). Miljøet på Blakstad arbeider nå også med forskning for å definere bedre hvilke pasientgrupper som ikke har positiv effekt av BET, eller som hovedsakelig har negativ effekt.

Det finnes også mye forskning på Illness Management and Recovery (IMR) (Mueser et al., 2002), som er et systematisk, gruppebasert tilbud som tilbys ved mange medikamentfrie avdelinger. Ulike former for psykoedukasjon, psykoterapi, individuelt og i gruppe, har vi også evidens for.

Det samme gjelder for fysisk aktivitet (især når det gjelder depresjon), musikkterapi (Sollie, 2012) og sensoriske metoder / sanserom (Andersen et al., 2017). På lang sikt ser det også ut som ulike former for undervisningsbaserte tilbud, som recoverycollege (Newman-Taylor et al., 2016) og de danske minihøyskolene (Lauveng et al., 2015), kan ha positiv effekt og forebygge tilbakefall for i alle fall noen pasienter.

### INGEN «DIKTER HELSETILBUD»

Det trengs imidlertid mer forskning, særlig på ulike tiltak som kan benyttes i akutte kriser, der medisiner i dag er den desidert viktigste tilnærmingen. Men det stemmer ikke at noen «dikter helsetilbud», slik ten Velden og Bjørnstad antyder. Vi vet ganske mye om de enkelte alternativene. Og noen av dem har sannsynligvis bedre evidens enn deler av det standardiserte tilbudet noen pasienter møtes med i dag.

Spørsmålet er altså ikke enten JA eller Nei til medisiner. Ulike medikamenter skal nok ha sin plass i totalbildet, men vesentlig mindre enn de har hatt i de siste 65 årene. Hvis det kommer en større villighet til å lytte til pasientenes negative erfaringer med medisiner, og til å forsøke alternativer til medikamentell behandling, vil tjenestene fremstå som reelt bio-psyko-sosiale. Da vil brukernes tillit sannsynligvis bli gjenopprettet, og kravet om medisinfrie avdelinger kommer til å bli borte. ✖

### REFERANSER

- Andersen, C., Kolmos, A., Andersen, K., Sippel, V., & Stenager, E. (2017). Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study. *Nordic journal of psychiatry*, 71(7), 525–528. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1346142>
- Folkehelseinstituttet (2018). *Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med schizofrenispektrumlidelser: en systematisk oversikt*.
- Hammer, J., Heggdal, D., Ludvigsen, K. (2020). *Inn i katastrofelandskapet*. Abstrakt forlag.
- Lauveng, A., Tveiten, S., Ekeland, T.J., Ruud, T. (2015). Same diagnosis, different lives. A qualitative study of adults with severe mental illness, in treatment and education. *Psychosis*, 7(4), 336–347. <https://doi.org/10.1080/17522439.2015.1024715>
- Lingjærde, K. & Aarre, T. (2015). *Psykofarmaka*. Cappelen Damm Akademisk.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S. M., Tarriner, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., & Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 53(10), 1272–1284. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.10.1272>
- Newman-Taylor, K., Stone, N., Valentine, P., Hooks, Z., Sault, K. (2016). The Recovery College: A unique service approach and qualitative evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 187–190. <https://doi.org/10.1037/prj0000179>
- NOU 2011:9. *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*, kapittel 9. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/>
- Sollie, H.P. (2012). Med pasienten i førersetet. Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikkterapi i Psykiatrien online*, 7(2). <https://doi.org/10.5278/ojs.mipo.v7i2.114>
- Whitaker, R. (2014). *En psykiatrisk epidemi*. Abstrakt forlag.



Når mange pasienter (...) ikke har opplevd seg hørt når de har tatt opp plagsomme bivirkninger, har det dessverre oppstått en tillitskrise

### DEBATT OM MEDISINFRI BEHANDLING

#### Tidligere innlegg:

- Nr. 07 - 2021** En debatt om alt og ingenting (Jan Ivar Røssberg)
- Nr. 07 - 2021** Retten til medisinfri behandling (Mikael Julius Sømhovd, Aina Fraas-Johansen)
- Nr. 06 - 2021** Forskning først, behandling etterpå (Jone Bjørnstad, Wenche ten Velden Hegelstad)
- Nr. 05 - 2021** Lar brukernes rettigheter komme i annen rekke (Mikael Julius Sømhovd, Aina Fraas-Johansen)

# Mer enn biomedisin og legemidler

En biologisk tilnærming til ME er mer enn biomedisin og legemidler



**TEKST** Nina Andresen, psykologspesialist og tidligere ME-pasient

ME

**I JUNINUMMERET ETTERLYSER** psykologspesialist og pårørende til en ME-syk Grete Lilledalen et større biologisk fokus i behandling av ME. Hun skriver at de som i «mangel av tverrfaglig behandlingstilbud», og som har forsøkt «aktivitet», «trening», «tenke positivt» og «ignorere symptomer med forverring som konsekvens», bør få et «differensiert behandlingstilbud med medisinske intervensjoner». Med dette impliserer hun at ME-syke mangler tilbud, og at overlatt til seg selv, følger de råd som gjør dem sykere.

I Norge har vi tverrfaglige rehabiliteringstilbud og mestringskurs for CFS/ME i samtlige helseregioner, i tillegg til de tverrfaglige kommunale oppfølgingstjenestene. Disse virksomhetene følger Nasjonal veileder for CFS/ME (Helsedirektoratet, 2014), som skriver at CFS/ME-pasienter er forskjellige med hensyn til symptomkarakteristika og alvorlighetsgrad, og at «hva som egner seg best for den enkelte pasient bør være basert på pasientens spesifikke tilstand, utfordringer og preferanser». Videre understreker Helsedirektoratet at aktivitetsnivået ikke skal oppleves belastende, og at aktivitet ikke skal gi ukontrollert symptomøkning. De fleste tilnærmingene opplistet i veilederen er rettet mot forebygging av anstrengelsesutløst symptomforverring (PEM), slik Lilledalen etterlyser.

## SYMPTOMFORVERRING

Alle som jobber i offentlige og kunnskapsbaserte virksomheter med ME-pasienter, vet at trening i vanlig forstand og for høyt aktivitetsnivå gir symptomforverring. Det oppfordres ikke til (mer) aktivitet eller trening, men til aktivitetsavpassing, energiøkonomisering og avspenning, eventuelt «riktig» aktivitet og «individuell tilpasset» trening. Jeg forstår derfor ikke hvor ME-syke får rådene som gjør dem sykere. Lilledalen viser kun til likemannsstøtten og pasientforeninger som sentrale kunnskapspredere og

møteplasser. Disse er ikke underlagt nasjonale retningslinjer og anbefalinger.

Lilledalen hevder videre at det pågår et internasjonalt paradigmeskifte, der man går bort ifra en psykologisk forståelse av ME, blant annet fordi helsemyndighetene i England (NICE) har vurdert kvaliteten på psykologisk forskning som «low» eller «very low».

Lav kvalitet på design er ikke ensbetydende med at intervensjon og resultat er dårlig eller farlig, eller at psykologiske faktorer ikke teller. Det er velkjent at psykologiske forskningsdesign er av lavere kvalitet enn biomedisinske, fordi man ikke kan bruke dobbelt-blindede, randomiserte og placebo-kontrollerte design slik man kan innenfor legemiddelutprøving.

Men selv innenfor biomedisinsk RCT-forskning av høyeste kvalitet (Fluge et al., 2019) har man demonstrert så oppsiktsvekkende høy placeboeffekt blant ME-pasienter at man uansett ikke kan overse de psykologiske aspektene ved bedring og tilfriskning. Både sykdomsforståelse og forventninger virker inn på effekten av ulike typer behandling.

Kognitiv atferdsterapi (KAT) og gradert treningsterapi (GET) er trygge tilnærminger under forutsetning av at pasienten ønsker det selv, og at metodene tilbys av kvalifisert personell. Også nyere forskning viser dette (Gotaas et al., 2021). Verken disse eller øvrige tilnærminger presenteres som noen «kur» alene, men virker best i kombinasjon. Forskning viser også at ME-pasienter som følger selvhjelpsprogram, kan bli helt eller delvis arbeidsføre igjen, selv etter mange års sykdom (Nyland et al., 2014).

## BIOLOGISK KORRELAT

At man finner ulike biologiske avvik hos ME-pasienter, er likevel spennende og kan underbygge forståelsen av hvorfor dagens kunnskapsbaserte tilnærminger virker, enten de



Jeg forstår derfor ikke hvor ME-syke får rådene som gjør dem sykere

retter seg mot ulike former for autonom regulering (stressmestring) eller mikrobiota (bakteriefloraen i tarmen). All effekt kan sies å ha et biologisk korrelat.

Biologiske funn kan også supplere dagens tilnærminger. Lilledalen viser til en norsk studie som påviste opphoping av laktat hos ME-syke. Funnet tilsier at laktatmåling kan brukes som verktøy i aktivitetsavpassing. Da ser pasienten hvor lavt aktivitetsnivået bør ligge i en stabiliseringsfase, og hvor forsiktig man må være i opptrappingsfasen. En tidligere norsk toppidrettsutøver forteller til NRK radio hvordan hun med hell brukte laktatmåling i sin rehabilitering av ME (Jahr, 2019). Jeg er enig i at biologiske tilnærminger i behandling av ME har vært nedprioritert. Men å sette likhetstegn mellom biologi og medisiner kan være problematisk.

Nasjonal veileder for CFS/ME er tydelig på at ikke-medisinske tilnærminger bør prøves før man tyr til medisiner. Årsakene kan være mange. ME-syke ofte har økt følsomhet overfor virkestoffer. Legemidler kan forstyrre mikrobiota (Maier et al., 2018), gi plagsomme bivirkninger, virke opprettholdende på symptombildet og skape avhengighet.

### KOSTENDRING

Når både smerter og søvnvansker er blant kriteriene for ME-diagnosen, er det forståelig at pasientene i perioder ønsker lindring og medikamentell støttebehandling. Psykologer i klinisk praksis møter også de pasientene der medikamentell smertelindring og bruk av sovemedisin har vedvart og blitt en stor del av problemet. Da er det igjen psykologiske intervensjoner man må ty til (Jacobsen, 2018; Reme et al., 2019).

Det er i dag holdepunkter for at biologiske tilnærminger med fordel kan rettes mot optimalisering av mikrobiota og mage-tarmfunksjon. ME-pasienter har ofte fordøyelsesplager, magesmerter, irritabel tarm (IBS) og matintoleranser som del av symptombildet. Stadig mer forskning underbygger sammenhenger mellom forstyrrelser i mikrobiota, immunforsvaret og symptomer ved ME (Giloteaux et al., 2016; Lupo et al., 2021). Tidligere ME-pasienter forteller om kostendring som viktig tilnærming i rehabiliteringen.

Kunnskapsbasert praksis og nasjonale anbefalinger taler derfor for kostendring som biologisk tilnærming for pasientpopulasjonen før man tyr til ytterligere medisiner. ❌

### REFERANSER

- Fluge et al. (2019). B-Lymphocyte Depletion in Patients With Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Annals of internal medicine*, 170(9), 585–593. <https://doi.org/10.7326/M18-1451>
- Giloteaux, L., Goodrich, J.K., Walters, W.A., Levine, S.M., Ley, R.E. & Hanson, M.R. (2016). Reduced diversity and altered composition of the gut microbiome in individuals with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Microbiome*, 4(1), 30–30. <https://doi.org/10.1186/s40168-016-0171-4>
- Gotaas, M. E., Stiles, T. C., Bjørngaard, J. H., Borchgrevink, P. C., & Fors, E. A. (2021). Cognitive Behavioral Therapy Improves Physical Function and Fatigue in Mild and Moderate Chronic Fatigue Syndrome: A Consecutive Randomized Controlled Trial of Standard and Short Interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 580924. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.580924>
- Helsedirektoratet (2014). Nasjonal veileder for CFS/ME: Utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. Oppdatert 2015.
- Jacobsen, H.B. (2018, 08. juli). Piller som ikke virker. *NRK Ytring*. <https://www.nrk.no/ytring/dramatisk-okning-i-bruk-av-vanedannende-legemidler-1.14110417>
- Jahr, M. (2019, 6. juli). Toppidrettsutøveren som fikk ME. *NRK radio Ekko-samfunns-podden*. [https://radio.nrk.no/podkast/ekko\\_-\\_et\\_aktuelt\\_samfunnsprogram/sesong/201906/nrkn-poddkast-20062-156775-06062019112100](https://radio.nrk.no/podkast/ekko_-_et_aktuelt_samfunnsprogram/sesong/201906/nrkn-poddkast-20062-156775-06062019112100)
- Lupo, G.F.D., Rocchetti, G., Lucini, L., Lorusso, L., Manara, E., Bertelli, M., Puglisi, E., Capelli, E. (2021). Potential role of microbiome in Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis (CFS/ME). *Scientific Reports*, 11(1), 7043–18. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-86425-6>
- Maier, L., Pruteanu, M., Kuhn, M., Zeller, G., Telzerow, A., Anderson, E.E., Brochado, A.R., Fernandez, K.C., Dose, H., Mori, H., Patil, K.R., Bork, P. & Typas, A. (2018). Extensive impact of non-antibiotic drugs on human gut bacteria. *Nature (London)*, 555(7698), 623–628. <https://doi.org/10.1038/nature25979>
- Nyland, M., Næss, H., Birkeland, J.S. & Nyland, H. (2014). Longitudinal follow-up of employment status in patients with chronic fatigue syndrome after mononucleosis. *BMJ Open*, 4(11), e005798–e005798. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005798>
- Reme, S.E., Jacobsen, H.B., Linnemørken, L., Ljoså, T.M. & Granan, L.P. (2019, 19. mai). Villedende om behandling av kroniske smerter. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/05/19/villedende-om-behandling-av-kronisk-smerte/>

### DEBATT OM ME

#### Tidligere innlegg:

- Nr. 06 - 2021** Kunnskapsbasert praksis i møte med ME (Grete Lilledalen)
- Nr. 05 - 2021** Fraråder ikke psykologhjelp (Nina E. Steinkopf)
- Nr. 04 - 2021** Psykiatrien ingen katastrofe for ME-pasienter (Ruth-Anne Tomtum Kleve)
- Nr. 03 - 2021** Replikk fra Helsedirektoratet (Morten Græsli)
- Nr. 02 - 2021** Bør legge utdaterte råd på hylla (Nina E. Steinkopf)





# Sosial utjevning opp av skrivebordsskuffen

Det er god helsepolitikk når psykologer bidrar til sosial utjevning. Derfor bør Psykologforeningens vedtak om sosial utjevning opp av skrivebordsskuffen.



**TEKST** Kjetil Haga, divisjonsdirektør, Bjørnar Olsen, spesialrådgiver, Blå Kors Norge

## LEVEKÅR

**REGJERINGENS VIKTIGSTE** sosialpolitiske mål er bekjempelse av fattigdom, og da særlig blant barnefamilier (se Perspektivmeldingen 2021). Denne prioriteringen er helt i tråd med Psykologforeningens vedtak fra 2017, der det heter at alle forebyggingstiltak for barn og unge skal måles på om de fremmer utjevning av sosiale forskjeller. I Blå kors deler vi både regjeringens og Psykologforeningens ambisjoner, og i et valgår håper vi at foreningen igjen henter frem et klokt vedtak som også spiller opp under temaet for årets Psykologikongress: Utenforskap og diskriminering.

### UTFORDRINGEN

Hvordan vil historien dømme psykologstanden hvis vi ikke har sosial utjevning på dagsordenen, skrev daværende president i Psykologforeningen Tor Levin Hofgaard til Psykologtidsskriftet (januar 2018). Ikke bare er det tverrpolitisk og tverrdepartemental enighet om viktigheten av dette målet. Norske kommuner fortel-

ler at deres viktigste folkehelseutfordring, ved siden av psykisk helse, nettopp er levekår og sosial ulikhet. FN-rapporter viser at grepene som virkelig vil monne i arbeidet for bedre psykisk helse, ikke handler om terapi og medisiner, men om kampen mot diskriminering, urettferdighet og sosiale forskjeller. Mens norsk forskning forteller at andelen barn med psykiske lidelser er fem ganger høyere i lavinntektsfamilier enn i familier med gjennomsnittsinntekt.

Tross denne kunnskapen har vi siden millenniumskiftet sett en tredobling av antall barn som lever i husholdninger med vedvarende lav inntekt. Det betyr at flere enn 110 000 barn – to til tre barn i hvert klasserom – vokser opp under levekår som øker faren for skjevutvikling. Pandemien synes dessuten å ha gjort vondt verre. Et ekspertutvalg ledet av Peder Kjøs konkluderte med at folk flest har taklet nedstengningen forbausende bra, men, som Kjøs selv skrev i en kronikk på NRK-yring: For noen har pande-



« **UBALANSE** Å vise hvordan psykologer kan bekjempe fattigdom og bidra til sosial utjevning, er ikke bare god sosialpolitikk. Det er også svært god helsepolitikk, skriver artikkelforfatterne. Foto: Nora Skjerdingsstad

mien vært en katastrofe, og «særlig vanskelig er det for barn og unge som lever i familier som er preget av økonomisk uro, rus og psykiske lidelser.» En allerede tydelig utfordring ser dermed bare ut til å ha blitt mer prekær.

### BIDRAGET

Psykologforeningens standpunkt mot sosial ulikhet handlet nettopp om psykologers bidrag til å «demme opp for en utvikling som går i feil retning», slik spesialrådgiver Kari Frank uttalte det til Psykologtidsskriftet (januar 2018). Når vi vet at få tiltak forebygger fysisk og psykisk uhelse bedre enn bekjempelse av fattigdom og utenforskap, bør derfor tiltak rettet mot fattigdom og utenforskap være del av helsepolitikken og tiltakskjeden. Verken helsepolitikere eller helseprofesjonene tenker i utgangspunktet langs sosialpolitiske baner. Men skal vi nå målene om forebyggende innsats og utjevning av sosiale helseforskjeller, må også helsevesenet se viktigheten av tiltak rettet mot økonomiske ulikheter.

### BÅDE OG

Når utenforskap, forskjellsbehandling og diskriminering får vokse frem, er det individet som bærer børen. Samtidig som vi jobber strukturelt og sosialpolitisk, må vi derfor også ha tilbud som retter seg inn mot den enkelte, enten den enkelte er individet eller familien. Det kan handle om å gi hjelp mot angst eller depresjon, slik at man har egenkraft til å bevege seg inn i en mer vanlig hverdag, søke jobb og være foreldre. Det handler om å gi foreldrene verktøy som gir mer energiskapende samspill, eller det handler om at barn og unge får delta på aktiviteter som bygger mestring og nettverk. Eller hvordan vi kan forstå og møte mennesker som har opplevd eller opplever diskriminering og utenforskap, for å parafrasere fra Psykologikongressens program.

### OPP FRA SKRIVEBORDSSKUFFEN

Når Finansdepartementet i Perspektivmeldingen så tydelig formulerer at fattigdomsbekjempelse står helt sentralt i regjeringens politikk, er vårt ønske at Psykologforeningen benytter valgåret til å hente frem igjen vedtaket fra 2017. Det er et vedtak som ikke har blitt noe mindre viktig i kjølvannet av en pandemi som rammer de som alt sliter, hardere enn resten av befolkningen. Å vise hvordan psykologer kan bekjempe fattigdom og bidra til sosial utjevning, er ikke bare god sosialpolitikk. Det er også svært god helsepolitikk. ✕



Verken helsepolitikere eller helseprofesjonene tenker i utgangspunktet langs sosialpolitiske baner

**Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto: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.

#### HOVEDKRONIKK

Hovedkronikken i Psykologtidsskriftet tar for seg 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.

## VALG 2021

**Hva er de viktigste sakene som offentligheten bør bli gjort oppmerksomme på innenfor ditt felt? Psykologtidsskriftets sjefredaktør inviterte 20 av utvalgene i Psykologforeningen til å komme med innspill til valgkampen. Vi fikk fire svar.**

## Eldrepsykologi

Hjemmetjenester og sykehjem må bli mer opptatt av psykisk helse.

**TEKST** Jørgen Wagle, leder av NPF fagutvalget for eldrepsykologi

1. Antall eldre vil øke kraftig de nærmeste tiårene. For eldre over 80 år vil det skje en dobling i antallet allerede frem mot år 2030.
2. Eldre med psykiske helseplager gis dessverre liten prioritet i det psykiske hjelpeapparatet i dag. Eldre bør ha samme tilgang til psykiske helsetjenester som voksne ellers.
3. Eldre med psykisk uhelse utgjør en svært heterogen gruppe. Mange eldre er selvstendige i dagliglivet og har kun lettere psykiske plager, mens andre har alvorlige psykiske og somatiske lidelser, inklusive demens, som bidrar til store oppfølgingsbehov.
3. Det er et stort behov for å styrke det psykiske helsetilbudet til eldre for å møte fremtidens behov. Psykologfaglig kompetanse bør utgjøre en vesentlig del av dette tilbudet. Sammenlignet med andre helseprofesjoner er psykologer i dag lite representerte innenfor eldrefeltet.
4. Overføring av ansvarsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan ha bidratt til at det psykiske helsetilbudet til eldre er blitt svekket. Kommunepsykologer er blitt etablert rundt i landet, men realiteten er at få av disse arbeider med eldre.
5. Kommunens arenaer og helsetjenester rettet mot eldre må få et sterkere psykologisk fokus. På samme måte som barnehage og helsestasjon er arenaer som bidrar til å fremme psykisk helse hos barnet (selv om det vanligvis ikke er psykologer ansatt der), bør hjemmetjenester og sykehjem få styrket sitt psykologiske fokus. Kompetanse om psykisk helse bør inn på alle arenaer der kommune eller spesialisthelsetjeneste møter sårbare eldre. I dag er det fortsatt slik at mange eldre kun foreskrives psykofarmaka ved psykisk lidelse, ofte med tvilsom effekt og risiko for bivirkninger. Det må arbeides for å endre denne holdningen slik at psykologiske og miljømessige intervensjoner som hovedregel skal være prøvd ut først.
6. Det bør bli flere psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som arbeider spesielt med eldre. De bør ha oppgaver
  - innenfor utredning og behandling av eldre med psykiske lidelser, inklusive demens og ruslidelser
  - innenfor oppfølging av pårørende
  - innenfor tverrfaglig arbeid av eldre personer med sammensatte behov
  - innenfor palliative team
  - innenfor sykehjem
  - innenfor deltakelse i arbeid med forebygging av psykisk uhelse
  - og bidra til kompetanseheving av annet helse- og omsorgspersonell, gjennom veiledning og undervisning
7. Familie og nettverk rundt den eldre er viktige, men sviktende helse eller funksjon hos den eldre kan sette familien under press. Eldre og deres familier bør dermed ha lik tilgang på tjenester innenfor familievernet, noe som ikke er tilfelle i dag.
8. Antall eldre voksne som behandles ved DPS-er, er lavt sammenlignet med yngre. Det bør komme flere psykologstillinger som er øremerket arbeid med eldre i DPS-ene. Det samme gjelder også for avtalehjemler.
9. Utredning og behandling av eldre med alvorlige psykiske lidelser er kompleks og ressurskrevende, og setter krav til tverrfaglig spesialistkompetanse. Alderspsykiatriske enheter innehar denne kompetansen, og må ikke bygges ned, – tvert imot bør tilbudet styrkes for å møte fremtidens behov. De bør samarbeide nært med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
10. Våre eldre om 20 år vil være mer etnisk og kulturelt mangfoldige enn dagens eldre. Det må bygges opp psykologfaglig kompetanse som kan møte denne utfordringen. ✕

## Klinisk helsepsykologi

Kropp og psyke henger uløselig sammen, det må avspeile seg i bemanningen av helsetjenestene.

**TEKST** Borrik Schjødt, leder av NPF fagutvalget for klinisk helsepsykologi

De vanligste og mest hemmende somatiske plager er sammensatte. Mange sliter med flere samtidige lidelser. Personer med psykiske vansker har oftere også somatiske plager enn ikke. På somatiske sykehus er det mange pasienter med behov for tverrfaglig utredning og støtte som også ivaretar psykiske forhold. I et tiltakende spesialisert helsevesen er det behov for tverrfaglige tilnærminger som kan romme dette. Sentrale politiske vedtak har gjentatte ganger understreket at kropp og psyke henger uløselig sammen, og dette må det tas hensyn til ved bemanning av helse-

tjenestene. Psykolog med somatisk helsekompetanse vil være en nøkkelmedspiller når man skal hjelpe pasienten til behandling, kontroll og mestring av sine plager. Dette er en utfordring på alle nivå i helsevesenet. Dessverre får man inntrykk av at politisk velvilje er sterkere enn evnen til å følge opp, sikre og påse at det blir reell tverrfaglighet. ✕

## Habiliteringspsykologi

Utviklingshemmede får ikke tilpasset psykisk helsehjelp.

**TEKST** Tonje Elgsås, leder av NPF fagutvalget for habiliteringspsykologi

Tretti år etter HVPU-reformen står personer med utviklingshemning fortsatt utenfor samfunnet på viktige områder. De deltar i liten grad i arbeidslivet, og mange mangler tilpassede skole-, arbeids- og dagtilbud. Andelen ansatte med høyskoleutdanning i de kommunale tjenestene for denne gruppen har vært uendret siden 1980-tallet. Det er også stor variasjon i tilbudene til denne gruppen i psykisk helsevern, og mange får ikke nødvendig tilpasset psykisk, eller fysisk, helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. ✕

## Klimautvalget

Klimaendringene treffer usosialt.

**TEKST** Tommy Sotjkajævi, leder av NPF Klimautvalget

«De negative psykiske helsekonsekvensene av klimaendringene vil være både akutte og langsiktige. Som et resultat av endring i livsgrunnlaget vårt, men ofte også som et resultat av hvordan klima- og miljøtiltak kan vanskeliggjøre eller begrense folks livsutfoldelse. Begge treffer usosialt; mennesker langt nede på den sosiale gradienten og marginaliserte grupper tar den største støytten. Fremtidens klimatiltak må være raske nok og omfattende nok. Men også hensynsfulle for denne problemstillingen.» ✕



**ANMELDT:** BOK

## Et dypdykk i psykoterapiens metaforikk

Hvordan påvirker metaforer vår verdensanskuelse? Hvordan kan terapeuten fortolke pasientens valg av metaforer? Disse og andre spørsmål forsøker Gudrun Olsson å svare på i boken sin.



**BOK** *I metaforernas landskap. Om livet, döden och kärleken*

**FORFATTER** Gudrun Olsson, professor ved Strömstad Akademi

**ÅR** 2020

**FORLAG** Carlsson Bokförlag, Stockholm

**SIDER** 376

**ANMELDT AV**

Anders Ågmo, professor emeritus, Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø

**DET ER HELT** ukontroversielt å påstå at metaforer er en del av hverdagslivet til alle oss spåkproduserende vesener. Den viktige plassen metaforer har i språket, er selvsagt godt kjent blant filosofer, språkvitere og mange andre. Derfor finnes det en relativt vidløftig og rikholdig litteratur om temaet. Spørsmålet blir da umiddelbart om vi trenger enda en metaforbok. Med andre ord: Tilfører Gudrun Olssons bok noe nytt?

Det første kapitlet er en presentasjon av ulike tilnæringsmåter for å begripe og analysere metaforens indre natur. Selv om det som står her, hverken er nytt eller bemerkelsesverdig, er dette en forutsetning for at flere av de følgende kapitlene skal være meningsfulle. Forfatteren sparer oss altså for besværet med å finne frem andre bøker for å få denne nødvendige basiskunnskapen.

**METAFORER I TERAPI**

En stor del av de resterende kapitlene analyserer og diskuterer bruk av metaforer i den psykoterapeutiske prosessen, ut fra det psykoanalytiske perspektivet. Forfatteren bruker ofte fortellinger fra tidligere klienter, der de beskriver sine erfaringer med og tanker om sin egen psykoanalyse. Disse fortellingene danner

grunnlaget for en drøfting av klientens bruk av metaforer. Dette følges av en beskrivelse av grunnleggende metafortyper. Blant annet diskuteres metaforer basert på det fysiske rommet, eller på kroppsdeler, særlig hånden. Denne delen av boken er meget lesverdig etter min mening, og presenterer en del innsikter som bør være av interesse for alle terapeuter, uavhengig av teoretisk tilnærming.

Deretter kommer flere kapitler om kjærlighet. Forfatterens påskudd er at metaforer er av spesiell betydning i vår opplevelse av kjærlighet. Det kan nok være riktig, men i disse kapitlene henvises metaforene til en birolle. Forfatterens egne erfaringer er også hovedtema i kapitlene om sorg og reisende. Denne selvtleveringen er kanskje beundringsverdig, men samtidig begrenser slik egosentrisme perspektivet fra det allmenngyldige til det strengt personlige. Det er vanskelig å forstå hvorfor disse delene av boken vies så stor plass

I de aller fleste kapitlene serveres vi fragmenter av poesi fra svenske poeter som Karin Boye, Gunnar Ekelöf og Nils Ferlin. Jeg er usikker på hvor mye de tilfører, personlig finner jeg dem snarere forstyrrende, men jeg er ikke spesielt opptatt av poesi i seg selv.





**DYPDYKK** Gudrun Olsson byr på tankevekkende lesning, med et utall synspunkter på hvordan metaforer er en naturlig del av flere elementer i psykoterapien, spesielt i den psykoanalytiske, skriver anmelder. Foto: Nora Skjerdingsstad

### SPØRSMÅLET OM PSYKOLOGIENS SJEL

Etter disse innvendingene er spørsmålet om denne boken tilfører metafor-litteraturen noe nytt. Utvilsomt! Selv om mye av fremstillingen baserer seg på hva andre har ment og mener om metaforer, er dette fortolket og satt inn i en psykoterapeutisk kontekst. Noen kan nok mene at fortolkningene er uriktige eller usannsynlige, men det kan sies om mange fortolkninger. Muligheten til å være uenig med forfatteren må betraktes som en intellektuell stimulering heller enn en ulempe. Man kan også finne kritikk av den akademiske psykologien, spesielt av ambisjonen om å gjøre psykologien til en naturvitenskap. Gudrun Olsson er forankret i den humanistiske tradisjonen, med en forkjærlighet for kvalitative metoder og en åpenbar mistro til kvantifiseringshysteriet som har rammet mange kliniske psykologer.

Fremstillingen er som oftest på et høyt intellektuelt nivå, men den kan også synke til det trivielle. Et eksempel er bruken av en helt banal

barnefortelling, inklusive den sjablongmessige beskrivelsen av hunders overnaturlige evner, for å illustrere menneskenes forhold til dyr og til hverandre. Det må også nevnes at boken er illustrert med flere fotografier tatt av forfatteren selv. Av og til er det mulig å ane hva som er den tenkte hensikten med disse bildene, men som oftest tjener de til å stimulere fantasien.

Gudrun Olsson byr på tankevekkende lesning, med et utall synspunkter på hvordan metaforer er en naturlig del av flere elementer i psykoterapien, spesielt i den psykoanalytiske. Disse synspunktene kan også være verdifulle for dem som foretrekker andre terapiformer. ✘

## 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](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)





## FRI ASSOSIASJON

# Psykologen – en kunstnersjel?

**TEKST** Bjørn S. Hesla,  
Psykologspesialist ved  
Familievernkontoret  
Innlandet, Gjøvik

**KONTAKT**  
bjorn.s.hesla  
@outlook.com

**FOR MEG ER** det å være psykolog med en kristen eksistensiell tilnærming til livet både en profesjon og en lidenskap. Samtidig er det en meningsfull måte å være til stede i livet og arbeidslivet på. For hver og en av oss lever akkurat nå, da livet ikke er noe vi kan planlegge og begynne å leve om 15 eller 20 år – for hvem vet om man kommer dit i live(t)?

Men livet er heller ikke en aldersrelatert oppgave som skal løses, og som opphører ved en statlig forutbestemt alder. Jeg jobber ikke for å bli pensjonist, men jeg blir pensjonist som resultat av å stå lenge nok i jobb. Tjenesten som psykolog i livets andre halvdel er ikke en jobb for å ha en inntekt, men en tjeneste og måte å leve på som gir inntekt.

« **KUNSTNERSJEL** Psykisk smerte er ofte formløs, og i terapien får en anledning til å gi den en form slik som i annen utøvende kunst, eksempelvis i male-, musikk- og skriveprosessen, mener artikkelforfatteren. Foto: Library of Congress

Menneskelivet kan deles inn i to faser, hvor første halvdel handler om å fylle på, for å bygge opp sin «persona» for alt som gjør en attraktiv både sosialt og på arbeidsmarkedet. Vi samler oss materielle verdier, opplevelser og fremgang som om selve tyngden av alt vi eier og gjør, kunne holde oss igjen i livet. I andre halvdel kommer en tid da livsoppgavene er å gi slipp på det gamle livet og gi alt fra seg, som en forberedelse på vegen mot døden.

Mitt mål som 68-er er derfor å møte og ta livet mitt som det er, og samtidig måtte erkjenne at å bli gammel «det er som om livet tar sine gaver tilbake», slik Astrid Lindgren har beskrevet det. Og når livets gaver trekkes tilbake, kan det gå ut over både mot og glede, men håpet kan fortsatt leve. Og mitt håp er at det går bra til slutt!

Arbeidet er en velsignelse som kan være til velsignelse. Vi mennesker leter etter mening, og når jeg er psykolog, er det terapiprosessen som gir meg mening. Å utøve terapi er på samme måte som det å skrive – ikke noe jeg gjør, det er en del av meg. Psykoterapi er for meg å være i en privilegert posisjon, hvor man lærer mye om livets utfordringer, gjennom å være på besøk og til tjeneste i folks liv og bidra til å gi andre livsmot, fremtid og håp. Og på den måten utgjøre en forskjell som skaper en forskjell.

Mennesket er et åndsvesen som består av mer enn materie som skal studeres vitenskapelig. Kan det ha blitt glemt i psykologiens higen etter makt og status i psykiatrien? Vi har fått mye ny kunnskap om mennesker gjennom empirisk forskning og evidensbasert praksis, men hva med det som faller utenfor – vårt indre og mentale liv? La oss ikke tømme psykologien for innhold, ved at åndsdimensjonen fjernes fra psykologien og en materialistisk tilnærming blir enerådende; hva blir da det enkelte individs plass i det hele? Hva med eksempelvis det spesifikke ved det å være menneske: bevissthet, forståelse, livets mening, vilje, iboende lykke, iboende moral og kjærlighet?

Eksistensiell terapi har et holistisk menneskesyn, og er på mange måter en veiledning i livskunst, hvor klienten som kommer, er motivert for å forbedre sitt liv. Terapien har ikke til

mål å forandre folk, men den hjelpen som tilbys, har som mål å finne en retning i tilværelsen gjennom en prosess hvor klienten reflekterer over sine holdninger, mål og hensikter. Dette for å finne sin plass og veg å være-i-verden på. Vi er meningssøkende vesener «kastet» inn i en verden uten definert mening, slik Martin Heidegger uttrykker det. Vår søken etter mening er for meg et uttrykk for at livet har en mening. Et liv som fortoner seg som et mysterium man ikke helt kan begripe, men bare kan bli grepet av.

Det å leve forstås som en kunstform. Som i enhver annen kunstart forbereder kunstneren seg gjennom praktisk øvelse. Målet i eksistensiell terapi er å lære seg kunsten å leve, slik at tilværelsens utfordringer kan tas imot med glede istedenfor med frykt og unngåelse. For meg representerer psykoterapi en skapelsesprosess og kunstform, et håndverk med samtalen som verktøy. «Kunsten er det motsatte av tidsfordriv. Det er et forsøk på å holde tiden fast – den er dødsfordriv», slik den østerrikske forfatteren Franz Werfel uttrykker det. Psykisk smerte er ofte formløs, og i terapien får en anledning til å gi den en form slik som i annen utøvende kunst, eksempelvis i male-, musikk- og skriveprosessen. Det er derfor viktig for meg å bruke tiden riktig og bidra som medspiller i yrkeslivet, så lenge jeg kan gi noe til denne verden. Og på den måten bruke den tiden som stadig blir kortere og kortere – til lysene slås av og røret blir lagt på.

Dette forutsetter at kroppen spiller på lag og livet ikke svikter meg. For én ting er hva jeg vil, noe helt annet er hva livet vil for meg og av meg. Og der er det bare tiden selv som kan gi svar. For alle har fått en «hest» å ri på i sitt liv og må derfor leve det livet man har fått til del. Å leve er å glede andre og hverandre. Så la oss glede oss over dagene, så lenge en kan. For som Selma Lagerlöf uttrykker det: «Det vanskeligste er ikke å dø, men å leve.» Plutselig en dag er det over. Det er derfor viktig å bli den man var ment til å bli, slik som frøet setter alt inn på å realisere sitt potensial, setter barnet alt inn på å slå ut i full blomst. Og dette er i mitt tilfelle å være meg, og i ditt tilfelle å være deg. ✕

”

Målet i eksistensiell terapi er å lære seg kunsten å leve

## MINNEORD

## HANS NYMAN

1943–2021

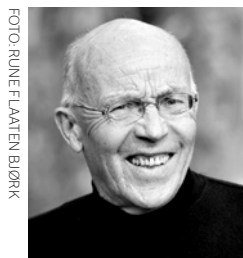


FOTO: RUNE FLAATEN BJØRKK

**VÅR GODE KOLLEGA** og nære venn, Hans Nyman, døde 26. juni, 77 år gammel. Han var en fargerik venn og en livsnyter som preget alle han kjente, sterkt.

Som terapeut valgte han ikke de enkleste klientene. Han var en faglig pioner som forlot det trygge terapirommet og møtte narkomane, kriminelle ogprostituerte på deres arena gjennom oppsøkende arbeid. Først i Tromsø, senere på Ungdomskontoret i Oslo. Han møtte ikke klientene som merkelapper, men som hele mennesker med ideer og drømmer om en fremtid.

De siste årene av karrieren gikk han tilbake til terapirommet, først på Ulvin, senere i Psykiatriske ungdomsteam, trofast mot sin opprinnelige klientgruppe. Han var en engasjert, kreativ og fantasirik terapeut, og en mye etterspurt veileder for andre kolleger.

Både som venn og kollega var han unik, en mann som fant glede i å løfte opp andre rundt seg, og øynet muligheter og nye alternativ der vi andre ofte så vanskeligheter.

Han var initiativtaker til vårt nettverk – Modne Mænds Club – en uformell samling av terapeuter og forskere som frekventerte

diverse brune vannhull i Oslo, fredager etter arbeidstid. Samlingene fungerte som et forum for både fagutvikling og egenpleie, med Hans som et naturlig midtpunkt. Mange gode historier, betydningsfulle samtaler, mye latter og uhøytidelig krangling. Det var noe befriende uhøytidelig ved Hans. Hvis vi satte han fast, bare lo han og utbrøt på klingende stavangersk: «Jaja – Drid å dra.»

Hans var på mange måter ekstrem. Han hadde bakgrunn som orienteringsløper, og trening var et must, ikke litt, men gjerne to økter om dagen på ski eller joggesko, og med mye indre uro når dette ikke lot seg gjennomføre.

Hans var svært glad i og stolt over familien sin. Han hadde for lengst feiret gullbryllup med sin Inger, levende opptatt av livet til sine døtre, og i de senere år barnebarna, som han elsket.

Tapet av Hans gjør verden til et mindre morsomt sted. ✕

*Asbjørn Solevåg, Jo Wennesland,  
Steinar Bruvik og Åge Svendsen*



# Institutt for Mentalisering (IM)

## Kursprogram høst 2021 – vår 2022

Institutt for Mentalisering har et omfattende kursprogram som er tilpasset alle nivåer i helsevesenet, fra døgningstusjoner til DPS'er og poliklinikker, og til privat praksis. Det kan handle om foreldre og barn (MBT-C), ungdommer med utfordringer (MBT-A) eller voksne med større eller mindre personlighetsproblemer. Mentaliseringsbasert terapi (MBT) kan gis som individualterapi, gruppeterapi eller miljøterapi og være en forståelsesramme for dynamikken i organisasjoner. Mange DPS'er og rusinstitusjoner har nå egne MBT-team for behandling av alvorlige personlighetsforstyrrelser, ofte med ledsagende rusproblemer eller spiseforstyrrelser. Nytt av året er mentaliseringsbasert tilnærming (personlighetsfokuset terapi) til klienter i «vanlig» psykologisk/psykiatrisk praksis.

MBT bygger på en internasjonal tradisjon som har vist gode behandlingsresultater i Norge, der en up-to-date faglitteratur er skrevet av norske forskere og klinikere, tilpasset nordiske forhold (Karterud, Folmo & Kongerslev: Mentaliseringsbasert terapi (MBT), 2020; Skårderud, Sommerfeldt & Robinson: Sult – mentaliseringsbaserte tilnærminger til spiseforstyrrelser, 2020). MBT er en integrativ form for psykoterapi som er evolusjonsbasert, i tråd med moderne nevrobiologisk kunnskap og teorier for selvutvikling, er emosjonsfokuset og tilknytningsbasert og fundert i en dialogisk praksis som utvikler mentaliseringsevnen.

### Introduksjonskurs i mentalisering og MBT.

Dette tre dagers kurset gir en innføring i teorien som ligger til grunn for mentaliseringsbegrepet, gir grunnleggende kunnskap om MBT og praktisk trening i mentaliserende holdning og terapiteknikker. Lærerstaben ledes av professor Finn Skårderud og professor Sigmund Karterud. Tid og sted: 30 september – 2 oktober, Felix Konferansesenter, Oslo.

**Videregående kurs i MBT individualterapi.** Dette kurset går over 8 ganger i løpet av et år, med oppstart i januar 2022. Det legges stor vekt på teknisk terapeutiske ferdigheter, basert på deltakernes video-opptak av egne pasienter med store personlighetsproblemer. Undervisningen veksler mellom plenum og små grupper og følger Manual for MBT i tillegg til annen internasjonal litteratur. Lærere er Finn Skårderud og Sigmund Karterud.

**Videregående kurs i MBT gruppeterapi.** Dette kurset går også over 8 ganger over et år, med oppstart i januar 2022. Kurset er organisert på samme måte som MBT individualterapi med gjennomgang av teori, manual, video-opptak av egen gruppepraksis samt rollespill av psykoedukativ og dynamisk MBT gruppeterapi. Lærer er Sigmund Karterud.

**Personlighetsfokuset terapi for privat/poliklinisk praksis.** Dette er et kurs om mentaliseringsorientert terapi for klienter med symptomlidelser og lettere til moderate personlighetsproblemer, gjerne i et korttidsformat. Kurset baserer seg på moderne dynamisk personlighetsteori og terapien

er en syntese av selvpsykologi og MBT med stor vekt på emosjonsintegrering. Lærer er Sigmund Karterud. Første teoretiske kurs avholdes 24 september og et praktisk terapeutisk kurs avholdes 15 oktober, begge på Felix konferansesenter.

### Mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M)

**DIGITALT FAGSEMINAR** - et nytt undervisnings- og veiledningskonsept. Dette er en systematisk og grundig utdanning over ett semester. Finn Skårderud og Bente Sommerfeldt vil gi en grundig innføring i mentaliseringstradisjonen - og slik de selv har videreutviklet den til miljøterapeutiske rammer, se Miljøterapiboken (2013). Utdannelsen består av en rekke forelesninger og rollespill på video, som i ire moduler blir sendt til deltakerne. Målet er at ansatte sammen eller hver for seg ser disse, og utfører et begrenset antall oppgaver. En siste og femte modul er et oppsummerende online digitalt møte med alle deltakerne. Utdannelsen gir solide re leksjoner om miljøterapiens mange utfordringer, inkludert en rekke forskjellige kliniske og diagnostiske utfordringer, ansattes personlige profesjonelle kompetanse - og ikke minst mentaliseringsbasert helseledelse. Relevant for alle som arbeider i miljøterapeutiske rammer. Planlagt oppstart januar 2022.

**Fordypningskurs i mentaliseringsbasert terapi for barn.** Planlegges i oktober 2021 med Norka Malberg som lærer.

*Mer informasjon om kursene finnes på vår hjemmeside [www.mentalisering.no](http://www.mentalisering.no). Påmelding gjøres via mail til [post@mentalisering.no](mailto:post@mentalisering.no).*



Valgfritt program i

## Systembasert arbeid med familier

*Målet med det valgfrie programmet er å øke deltakernes forutsetninger for å arbeide systembasert med familier. Programmet vil være spesifikt rettet mot utvikling av psykologenes ferdigheter til å ivareta familier og deres medlemmer.*

### Målgrupper

Psykologer som jobber i psykisk helsevern for barn og unge eller voksne, rus- og avhengighetsbehandling, i kommunale tjenester, barne- og familievern eller habilitering. Programmet er også relevant for psykologer med erfaring fra somatiske tjenester og fra pårønderarbeid.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles det ikke krav til praksis og veiledning.

### Om kurslederne

Pia C. Aursand er spesialist i familiepsykologi og har jobbet 12 år i familievernnet. Hun er ansatt ved Homansbyen familiekontor og har lang erfaring med parterapi, flerkulturelle familier, æresrelatert vold og partnervold. Hun underviser i kulturforståelse, vold i nære relasjoner og parterapi.

Trine Eikrem er spesialist i familiepsykologi. Hun har lang erfaring fra familievernnet, og er nå leder for familievernets kompetanseteam for vold og høykonflikt. Hun har skrevet bokkapitler og underviser i kulturforståelse og æresrelatert vold, og tar doktorgrad på samlivsbrudd beskrevet av både barn og foreldre.

**Sted og dato:** Oslo, 21.-22. oktober 2021 (1. samling)

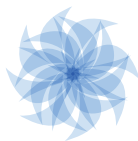
**Påmeldingsfrist:** 16. september 2021

**Medlemspris:** kr 7300 per samling

**Kursnr.:** 165-21

Påmelding og ytterligere informasjon

<https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning>



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

## LIVSKOMPASS

### ACT – takle stress og fremme helse

**Bli kursholder i en evidensbasert metode for å styrke psykisk helse og velbefinnende, Acceptance & Commitment Therapy.**

Vitenskapelige studier viser at kurset blant annet reduserer stress, depressivitet, angst og fremmer mental helse.

Du får en 300 siders manual, fire dagers utdanning, powerpoint-presentasjoner, filmer, samtalekort, ACT-online og andre materialer for å holde et variert og engasjerende kurs.

**Start 4. oktober, online**

Mer informasjon: [www.livskompass.se/norge/](http://www.livskompass.se/norge/)

### EMDR MED BARN

**15.–17.09.21. digitalt**  
se info på [www.emdrkurs.no](http://www.emdrkurs.no)

Kurset holdes av A Savita Dalsbø, psykologspesialist, EMDR Europe Approved C & A Senior Trainer



### Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. september**, frist for å bestille annonse til september-utgaven er **19. august**

Kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33



## Innføringskurs: SCID-5-KV

**SCID-5-KV er et standardisert klinisk intervju som dekker alle de vanligste diagnosene i psykisk helsevern for voksne.**

Tema som dekkes i kurset:

- Intervjuets oppbygging og struktur
- Hvordan responser skal kodes i de ulike modulene
- Hvordan fastsette diagnoser
- Trening i hvordan intervjuet skal gjennomføres

**Ansvarlig kursholder:** Aina Holmén, psykolog/ Ph.D.

**Pris: 9.900,-** SCID-5-KV protokoll og manual er inkludert i kursavgiften.

**Sted:** Gyldendalhuset, Sehestedsgate 4, Oslo

**Datoer:**

Torsdag 9. og fredag 10. september 2021  
Torsdag 18. og fredag 19. november 2021

**Nærmere informasjon og påmelding:**  
[www.scid.no](http://www.scid.no)

Om fysisk oppmøte ikke er gjennomførbart vil kursene bli avholdt digitalt.

[gyldendal.no/akademisk](http://gyldendal.no/akademisk)

## STIFTELSEN MENTALHYGIENISK RÅDGIVNINGSKONTOR UTLYSER STIPEND FOR 2022

Stiftelsen *Mentalhygienisk Rådgivningskontor* formål er å fremme virksomhet innen det barne- og ungdomspsykiatriske helsevern ved tildeling av stipend til enkeltpersoner og institusjoner. Formålene det kan søkes midler til må ha en bred forankring innen den psykodynamiske tradisjon som hele tiden har vært Mentalhygienisk Rådgivningskontors arbeidsform og forståelse.

Søknadsskjema, personvernerklæring og informasjon hentes ut via denne linken:

**<http://medmenneskeioslo.com/legater/>**

Det MÅ sendes en søknad for hvert prosjekt og for hver person. Søknaden må inneholde en oversikt over hva pengene skal brukes til. Det må foreligge en prosjektplan med budsjett og informasjon om hvorvidt det foreligger annen finansiering.

Den som tildeles midler må gi en skriftlig rapport med vedlagt regnskap tilbake til Stiftelsen for å dokumentere at stipendet har blitt brukt til det formålet det ble søkt om. Ikke disponerte midler tilbakebetales. Dette må gjøres innen 30.04 året etter.

Ytterligere informasjon ved henvendelse til overlege Otto Steinfeldt-Foss, tlf. 402 00 019, e-post [steenfeldt-foss@medisin.uio.no](mailto:steenfeldt-foss@medisin.uio.no), psykiater Rune Johansen, tlf. 916 65 227, e-post [ru-jo3@online.no](mailto:ru-jo3@online.no) eller til psykolog Anders Zachrisson, tlf. 947 91 550, e-post [johnaz@online.no](mailto:johnaz@online.no)

Styret i *Mentalhygienisk Rådgivningskontor* vurderer søknadene og tildeler midler. Det overordnede hensyn ved vurderingen er prosjektets kliniske relevans.

**Søknad sendes pr. e-post til:**  
**[ranham@online.no](mailto:ranham@online.no)** eller  
**[senayt.kidane@redcross.no](mailto:senayt.kidane@redcross.no)**

**Eventuelt pr. post til:**  
Mentalhygienisk Rådgivningskontor  
v/Oslo Røde Kors  
att: Senayt Kidane  
Pb. 3 Grønland  
0133 Oslo

**Søknadsfrist: 12. september 2021.**

Institutt for Psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt  
utlyser i samarbeid

## Obligatorisk program i spesialiteten i voksenpsykologi

Ekvivalerer med Norsk psykologforenings program

Programmet er bygget opp etter målbeskrivelsen for det obligatoriske programmet i spesialiteten i voksenpsykologi, revidert i 2018. Det vil være 6 kullsamlinger á to dager over halvannet – to år.

Oppstart i januar 2022. For kursdatoer se hjemmesidene: **<https://www.psykoanalyse.no/>** eller **<https://instpsyk.no/>**

Innhold i kursene vil omhandle: utredning og diagnostisering, behandling; affektive lidelser og angstlidelser, akutte tilstander og traumer, personlighetsforstyrrelser og komplekse tilstander, alvorlige psykiske lidelser og spesialistrollen.

*Kursene er en blanding av obligatorisk lesing på forhånd, diskusjon av teori, praktiske eksempler og veiledningssekvenser som kursdeltakerne forbereder. Alle lærerne er erfarne psykodynamiske psykoterapeuter og psykoanalytikere.*

Opptak forutsetter gjennomført fellesprogram, at man er i relevant praksis og har samtidighet i praksis, veiledning og kurs. Det stilles krav til et valgfritt program til denne spesialiteten. For øvrig viser vi til Psykologforeningens hjemmeside vedr. spesialistordningen.

Søknadsfristen er **10.10.2021**.  
Du søker via **<https://instpsyk.no/>**

Deltakerantall: maks 24, etter førstemann-til-mølla-prinsippet.

Kursavgift annonseres senere og følger takstene til Norsk psykologforening.

Påmelding er bindende og deltagelse på alle samlingene er obligatorisk.

Samlingene gjennomføres fysisk på henholdsvis Institutt for Psykoterapi i Nydalen og Norsk psykoanalytisk institutt på Majorstua i Oslo. I tilfellet det blir innstramninger i bevegelsesfriheten grunnet Covid-19 blir samlingene gjennomført digitalt.





Norsk Karakteranalytisk Institutt  
 utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

## To-årig grunnseminar

Planlagt oppstart vårsemester 2022 i Oslo, Bergen, Kristiansand og Tromsø

# Videreutdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

Utdanningen gir en innføring i psykoanalytisk og karakteranalytisk teori og metode. Psykologer og leger kan søke, og det er et krav at kandidaten har minimum to års klinisk praksis. Grunnseminaret har et begrenset antall plasser og består av 200 timer undervisning over fire semestre.

Grunnseminaret inngår i den karakteranalytiske utdanningen som er godkjent som fordypningsprogram i spesialiteten i psykoterapi (Norsk psykologforening). Norsk Karakteranalytisk Institutt har per i dag avtale om adgang til økonomisk støtte til veiledning og egenbehandling under utdanningen. Som kandidat ved NKI har du også anledning til å søke refusjon fra HELFO for behandlingstimer du gir under utdanningen.

Søknadsskjema og ytterligere informasjon:  
[www.karakteranalyse.no](http://www.karakteranalyse.no)  
 eller på telefon 412 56 600  
 Bor du i Tromsø – kontakt [kga016@post.uit.no](mailto:kga016@post.uit.no)

Søknadsskjema sendes til [kontor@karakteranalyse.no](mailto:kontor@karakteranalyse.no)

**Søknadsfrister:** 1. desember for oppstart på vårsemesteret. På grunn av begrenset plass anbefales det å søke tidlig.

### PSYKOLOGTIDSSKRIFTET ANNONSER OG ABONNEMENT

#### 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](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no), se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

#### FRIST FOR INNLEVERING AV ANNONSER:

19.08, 17.09, 18.10, 18.11



## Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

### Grunnutdanning i EMDR

ved fysisk oppmøte eller digitalt  
 Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,  
 EMDR Europe Approved Senior Trainer

The Art of EMDR m/ Roger Solomon  
 Røros, 23.–26.08.22  
 Informasjon: [www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

Følg Tidsskrift for  
 Norsk psykologforening på

facebook

Helse Sør-Øst RHF  
søker:



## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykiatri lokalisert til Follo, Ski

### Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,  
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,  
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no  
eller telefon 62 58 55 00.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk  
søknadsskjema: [helse-sorost.no/ledigstilling](http://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 23. august 2021**



## SØRLANDET SYKEHUS

DPS Østre Agder bygger et team for spesifikk angst-behandling. Arbeidet er allerede påbegynt og det er behov for en faglig og administrativ teamleder. Teamet skal behandle pasienter over 18 år med angstlidelser. Opptaksområdet er 15 av 25 kommuner i østre del av Agder. For tiden består teamet av flere psykologer og psykiatere i varierende stillingsbrøker avsatt til angstbehandling.

**Vi søker en psykologspesialist/psykolog som vil være fagansvarlig for teamet og ønsker å jobbe systematisk med å organisere og videreutvikle et robust angst-team.** Arbeidet vil innbefatte administrative, faglige og kliniske oppgaver knyttet til utredning og behandling av pasienter. Psykologspesialisten/psykologen vi søker må ha interesse for, og helst kompetanse innen spesifikk angstbehandling. Søker må ha evnen til å engasjere og til å organisere tilbudet på tvers av teamene i enhet for poliklinikk og gruppebehandling. Dette vil kreve god samhandling med enhetsledere og teamledere. Teamleder lokaliseres til enhet for poliklinikk- og gruppebehandling i Arendal, men gruppeterapi gjennomføres også ved DPS Østre Agders andre polikliniske lokasjoner etter behov.



N.K.S. Kvamsgrindkollektivet AS tilbyr langtid, tverrfaglig spesialisert døgntilrettelagt behandling for rusmiddelavhengige i alderen 18-28 år, samt poliklinisk behandling før og etter døgntilrettelagt behandling. N.K.S. Kvamsgrindkollektivet er et ideelt AS som i sin helhet eies av Norske Kvinners Sanitetsforening, og har driftsavtale med Helse Midt-Norge RHF. [www.kvamsgrind.no](http://www.kvamsgrind.no)

## Psykologspesialist/psykolog, fast 100 % stilling

Psykologgruppen ved Kvamsgrind består av 3 psykologer, hvorav 1 psykologspesialist og 2 psykologer i spesialisering. Det pågår 2 forskningsprosjekter i avdelingen i samarbeid med NTNU.

### Stillingen innebærer:

- Utredning av rus-, psykiske lidelser og nevrokognitiv funksjon
- Psykologisk gruppe- og individualbehandling
- Ledelse av tverrfaglig behandlingsteam
- Veiledning, rådgivning og undervisning til andre faggrupper internt
- Deltagelse i pågående forskningsprosjekter etter eget ønske

### Krav til kompetanse og ønskede kvalifikasjoner:

- Psykolog med godkjent klinisk spesialitet, gjerne rus- og avhengighetspsykiatri, evt. psykolog med kort tid til godkjent spesialitet
- Gjerne interesse og/eller erfaring med bruk av digitale løsninger for konsultasjoner, utredning og måling

### Hvem er du:

- Faglig sterk og fremoverlent
- Engasjert, ambisiøs, uredd og optimistisk på egne og andres vegner
- Du er fleksibel og strukturert

### Vi tilbyr:

- Konkurransedyktig lønn og godtgjørelser etter individuell avtale
- Fleksibel arbeidstid og mulighet for hjemmekontor
- Medlemskap i KLP
- Utvidede forsikringsordninger
- Dekning av vedlikeholdsaktiviteter for spesialist
- Et sosialt og godt arbeidsmiljø

Tilsetning etter avtale. De som tilsettes må kunne arbeide i tråd med Kvamsgrindkollektivet sitt verdigrunnlag; Trygghet, Respekt og Engasjement.

Kontaktpersoner for stillingen er avdelingsleder/psykologspesialist, Anders D. F. Lauvsnes, tlf. **73 82 54 10**, og daglig leder Pia Bjordal, tlf. **472 93 069**. Søknad sendes på skjema via Finn.no. **Søknadsfrist 22.08.21**



FEM KOMMUNAR I VEST-TELEMARK  
SØKJER ETTER

## Psykologspesialist eller psykolog

med ynskje om spesialisering  
innan klinisk samfunns- og  
allmennpsykologi

Som fylgje av nasjonal satsing innan psykisk helse og rus er det tilsett ein psykolog i eit interkommunalt samarbeid i Vest-Telemark, med Seljord kommune som vertskommune. Kommunane har prioritert til saman til psykologstillingar, der ei av desse nå er ledig for tilsetjing.

Vest-Telemarkkommunane er utviklingsorienterte og søker etter psykologar som vil vera med i utviklinga av tenesene. Kommunane har definert barn og unge som særskilde satsingsområde.

Det vert lagt vekt på fylgjande arbeidsområde for psykologstillingane:

- Plan og utviklingsarbeid
- Tverrfagleg arbeid, både primærførebyggjande og oppfølging i enkeltsaker
- Rettleiing av faggrupper/profesjonar
- Klinisk arbeid

Prioritering og organisering av arbeidet vil føregå i dialog mellom den psykologen som blir tilsett og kommunane, og vera forankra i samarbeidsavtale mellom kommunane i regionen.

Psykologane vil få tilbod om kompetanseutvikling og deltaking i lokale fagnettverk, enten i regi av spesialisthelsetenesta og/eller psykologar i andre kommunar, og rettleiing, individuelt eller i gruppe. Det vert gjeve konkurransedyktig løn og medlemskap i kommunal pensjonsordning. Dersom søker ikkje har gjennomført spesialisering, vil det ved tilsetjing bli lagt til rette for spesialisering innan klinisk samfunns- og allmennpsykologi.

Søkar må ha førarkort, bil vert stilt til disposisjon i arbeidstida. Det er krav om politiattest før tilsetjing. Søkar må ha norsk autorisasjon.

For meir informasjon om stillingane kontakt konstituert kommunalsjef Janne Larsen, tlf. **482 97 433**, e-post [janne.larsen@seljord.kommune.no](mailto:janne.larsen@seljord.kommune.no) eller kommunepsykolog Henrik Eriksen, tlf. **480 63 540**, e-post [henrik.eriksen@seljord.kommune.no](mailto:henrik.eriksen@seljord.kommune.no)

Stillinga med lenke til elektronisk søknadsskjema er tilgjengeleg på [www.seljord.kommune.no/ledige-stillingar](http://www.seljord.kommune.no/ledige-stillingar) med søknadsfrist **30.08.2021**

Velkommen som søkar!

INFORMASJON OM KOMMUNANE I REGIONEN ER TILGJENGELEG PÅ

[www.fyresdal.kommune.no](http://www.fyresdal.kommune.no), [www.kviteseid.kommune.no](http://www.kviteseid.kommune.no),

[www.nissedal.kommune.no](http://www.nissedal.kommune.no), [www.seljord.kommune.no](http://www.seljord.kommune.no), [www.tokke.kommune.no](http://www.tokke.kommune.no)



SØRLANDET SYKEHUS

## Psykolog/psykologspesialist – fengsel

### Vil du være med å forebygge og motvirke seksuelle overgrep?

Behandlingstilbudet for personer som er dømt for seksuallovbrudd styrkes på landsbasis, og klinikk for psykisk helse ved Sørlandet sykehus har ansvar for å etablere tilbudet for pasienter/innsatte i Agder fengsel. Tilbudet heter «BASIS» som står for «Behandling av seksuallovbruddsproblematikk i spesialisthelsetjenesten». Med bakgrunn i nasjonale føringer skal behandlingstilbudet for målgruppen styrkes, og det gis omfattende opplæring til de ansatte for å heve seksuallovbruddsspesifikk kompetanse. Dette inkluderer opplæring

i relevante risikovurderingsverktøy og behandlingsrammeverket «Good Lives Model» fra internasjonalt anerkjente fagutviklere. Gjennom stillingen blir du også faglig tilknyttet Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri v/ Oslo universitetssykehus. Fagmiljøet i BASIS er i sterk vekst nasjonalt, og stillingen gir en unik mulighet for å drive og utvikle kunnskapsbasert behandling for målgruppen. Også med målsetning om å forebygge nye overgrep. For mer informasjon om BASIS, se: <https://sifer.no/basis/>

Sørlandet sykehus legger opp til to BASIS medarbeidere, hvorav

en psykolog allerede er ansatt i behandlingstilbudet.

**Sørlandet sykehus ved DPS Østre Agder lyser derfor ut én ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist/psykolog med tiltredelse snarest.**

#### Søknadsfrist:

31.08.2021

#### Kontaktpersoner:

Joyce Pigao, tlf. 463 71 282

#### Sted:

Sørlandet sykehus,  
DPS Østre Agder, Bjorbekk

## 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**  
**Anniken Lucia Willumsen Laake**  
annilaak@gmail.com  
462 98 210

**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 Sørli 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**  
**Anne Sofie Bentzen**  
annesofie.bentzen@hotmail.com  
404 61 116

**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 larsravnhlckers@  
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 evakarinfoevaas@  
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 SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI 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](http://www.psykologforeningen.no)

# Velkommen til Medlemsnytt

Sentralstyret har besluttet å gjeninnføre medlemssidene i Tidsskriftet. Her vil du finne nyttig informasjon samt en politisk leder fra presidentskapet -som du leser nå.



FOTO: FARTEN RUDJORD

## TEKST

Håkon Kongsrud Skard, President

**DET ER VIKTIG** for oss å kunne løfte sentrale utviklinger i faget og foreningens aktivitet overfor medlemmene. Den viktigste utviklingen den seneste tiden er Riksrevisjonens rapport om psykiske helsetjenester. Rapportens funn er for omfattende til å gå igjennom i detalj, men oppsummert kan det sies at helsetjenestene er underdimensjonerte og feilstyrte, både i sykehus og kommuner. Riksrevisjonen går uventet langt i å både kritisere myndighetenes arbeid med psykisk helse og anbefale sterkere tiltak for å bedre situasjonen. Det uavhengige arbeidet som rapporten utgjør, er også en bekreftelse av de beskrivelser som dere medlemmer har gitt av situasjonen gjennom medlemsundersøkelser og selvstendige initiativer. Vi anbefaler alle å lese rapporten i sin helhet.

Denne høsten bringer med seg et spennende Stortingsvalg. Selv om befolkningens psykiske helse og tjenestenes vilkår påvirkes av mange andre mikro- og makrofaktorer, så er utvilsomt de overordnede planer og disposisjoner som våre folkevalgte gjør i regjering av stor betydning. Dette gjør Riksrevisjonens rapport så betydningsfull. Det er statens egen dom over eget arbeid og bidrar til å legge premisser for hvilke utfordringer som ven-

ter regjeringen etter 13. september. Sammen med anbefalingene fra Kjøps- utvalget dannes det et tydeligere bilde av både problemer og mulige løsninger. Dette er budskapet vi har formidlet i vår dialog med myndighetene og vi kommer til å følge opp dette arbeidet både frem mot og forbi valget. Alle partiprogrammene vil bli vurdert opp mot vår politikk for bedre psykisk helse og vi kommer til å publisere disse vurderingene på vår hjemmeside i forkant av valget.

Høsten bringer også med seg en gjenåpning av samfunnet. Dette gjør at foreningens aktivitet igjen kan tilta. Medlemskontakt er viktig for oss og vi har innsett at den opplevde avstanden til våre kontorer i Kirkegata i Oslo er for lang. Fremfor da å vente på at medlemmene skal ta kontakt med oss, har vi besluttet å oppsøke medlemmene. Vi hadde startet med dette før, hadde ikke pandemien forhindret oss. Vårt digitale medlemsmøte i januar 2021 var et forsøk på å bøte på dette. Nå som samfunnet igjen ser ut til å åpne opp, planlegger vi mer oppsøkende aktivitet fremover med fysisk tilstedeværelse. Det vil si å besøke lokallag og større arbeidssteder for å kunne involvere dere i foreningens aktivitet. Vi gleder oss! ✕

# Nytt fra forhandlingsavdelingen

Flere endringer i helselovgivningen pr 1. juli 2021

**EN AV DE** nye bestemmelsene er helsepersonelloven § 25 a) som gir et nytt unntak fra taushetsplikten. Bestemmelsen åpner for deling av pasientopplysninger i helsefaglige arbeidsfellesskap. Endringen lovfester i stor grad dagens praksis med deling av opplysninger i morgenmøter på sykehus, men gjelder også andre arbeidsfellesskap, både i og utenfor helseforetak.

I slike arbeidsfellesskap vil det ofte være flere til stede enn den/de som behandler pasienten. Formålet med deling av opplysninger skal være å støtte helsepersonell i å treffe beslutninger om helsehjelp til en pasient, å sikre forsvarlig opplæring av helsepersonell eller å gjennomføre helsehjelp i virksomheten. Opplysningene skal så langt det er mulig gis uten individualiserende kjennetegn. Pasienten kan motsette seg slik deling av opplysninger.

Helsepersonelloven § 25 regulerer utveksling av opplysninger mellom personell som samarbeider om å yte helsehjelp til en og samme pasient. Det er et vilkår at deling av opplysningene er nødvendig for ytelse av helsehjelp til pasienten. Også § 45 om tilgang til journal og journalopplysninger gjelder kun der helsehjelpen skal ytes til en og samme pasient. Den nye § 25 a) åpner for å dele opplysninger utenfor samarbeidssituasjonene.

Psykologforeningen uttalte i høringsrunden at «helsefaglige arbeidsfellesskap» ikke er tilstrekkelig avgrenset. Vi må være varsomme med å tolke og anvende bestemmelsen utenfor den type helsefaglig arbeidsfellesskap som var omfattet av lovgivers formål. En for vid bruk av bestemmelsen kan innebære et brudd på taushetsplikten. Ta gjerne kontakt med oss på [forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no](mailto:forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no) hvis du er i tvil.

Se regjeringens hjemmeside for oversikt over alle endringene: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/endringer-i-lover-og-forskrifter-fra-1.-juli-2021-fra-helse-og-omsorgsdepartementet/id2864748/> ✕



FOTO: ARNE OLAV HAGEBERG

## TEKST

Ingvild Aubert,  
Spesialrådgiver

## Helsepersonelloven § 25 a)

«Helsepersonell kan dele taushetsbelagte opplysninger i helsefaglige arbeidsfellesskap. Formålet skal være å støtte helsepersonell i å treffe beslutninger om helsehjelp til en pasient, å sikre forsvarlig opplæring av helsepersonell eller å gjennomføre helsehjelp i virksomheten. Pasienten kan motsette seg slik deling av opplysninger.

Det kan ikke gjøres oppslag i journaler på grunnlag av først ledd.»

