

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSY KOL OGI

Vol.59 nr.03 2022

**Klinisk utprøving
av WISC-V**

Originalartikkel

**MEDAV-
HENGIGHET**

*Aktuelt
Fagessay*

**Digital
kompetanse
og pandemisk
risikopersepsjon**

Fagessay

**Hard kritikk
av spesialist-
utdanningen**

Meninger

PSY KOL OGI

Vol. 59 nr. 03 2022

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams,
katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

Psykologfaglig redaktør Gro Walø-Syversen,
gro@psykologtidsskriftet.no, tlf. 908 45 076

Teknisk redaktør Christian von Schack,
christian.schack@psykologtidsskriftet.no, tlf. 483 30 455

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

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 22.02.2022

Omslagsillustrasjon Bente Jørgensen

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,
Tekstrekameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell
fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Gefundenes fressen

Uten mennesker av typen som ser at keiseren ikke har noen klær på seg, som har mot til å bestride etablert konsensus, vil ikke verden utvikle seg. I dette nummeret av Psykologtidsskriftet finner du små og store eksempler på psykologer som har oppdaget noe av det slaget som gir næring til utvikling. Vi i redaksjonen er glade for å kunne presentere denne utgaven, som er rikholdig, og en kort introduksjon vil ikke kunne yte den rettferdighet.

Vi vet at når den voksne (stadig) gir etter for et barn som skriker i butikken etter godteri, kan det gi en ugunstig langtidseffekt på barnets emosjonsregulering. Imidlertid vet vi ikke så mye om hvordan korttidodynamikk (skriking–kjeks–emosjonsregulering) interagerer med langtidsvirkninger. Ny teknologi åpner for nye muligheter og til mer kunnskap.

På sidene 173–175 kan du lese intervju av Anne Bülow, som i sin forskning har tatt i bruk nye metoder for å studere finkornede fluktueringer i psykologiske fenomener. Legg merke til at hun har valgt å preregistrere forskningen sin. Dette er en relativt ny publiseringstilnærming som vil bidra til at forskning kan bli publisert, uavhengig av hvilke funn – eller ikke-funn – som avdekkes av forskningen.

Flere av sakene vi publiserer i marsutgaven, omhandler avhengighet og rusbehandling, men på svært ulike måter. Jeg vil her trekke frem fagessayet «Pårørende som medafhængige» på sidene 180–185, som omslagsillustrasjonen til denne utgaven er inspirert av. Forfatter Liese Recke fremholder at begrepet «medavhengig» bidrar til å patologisere omsorg slik at det forsterker tvil og skam hos de pårørende, som ikke klarer å leve opp til de handlemåter som begrepet anviser. I aktueltaken på sidene 168–172 har vi undersøkt dette begrepet litt nærmere.

Språk og pragmatikk er i stadig utvikling parallelt med endringer rundt oss. Vi kan aldri bli årvåkne nok når det gjelder de ordene vi bruker og hvilken effekt de har. *Cyberhypokondri* og *infodemi* var nye ord for meg inntil redaksjonen fikk inn et fagessay som behandlet tematikken. På side 192 finner du fagessayet «Infodemi og pandemisk risikopersepsjon», som tar utgangspunkt i fenomenet vaksinemotstand. Forfatterne argumenterer for at forskning på digitalt utenforskap og digitale skiller kan være vesentlige bidrag til fremtidig kriseberedskap. Som er viktig.

Samtidig gleder vi oss over å kunne gå tilbake til en normal hverdag igjen.

God vår!



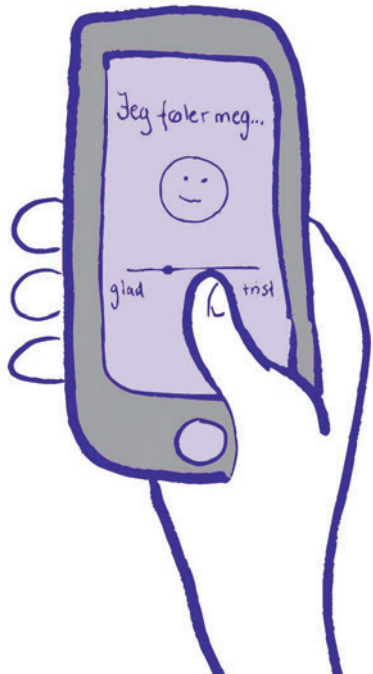
Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



Cyberhypokondri og infodemi var nye ord for meg

173



ILLUSTRASJON: NORA SKJERDINGSTAD

I ØYEBLIKKET

Mange psykologiforskere har kastet seg på bølgen av studier som ønsker å studere finkornede fluktueringer i psykologiske fenomener over tid. Psykologtidsskriftet har snakket med stipendiat Anne Büløw om EMA-forskning og åpenhet i academia.

Forskningsintervju

212



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

ETISK PRAKSIS ER PROAKTIV

Når det er travelt, er det lett å lukke døra til kontoret og fokusere på det man står i selv, men det er gjerne da vi bør være aller mest på tilbudssiden overfor hverandre, skriver Maria Løvvik Norheim i denne utgavens etikkpanel.

Etikkpanelet

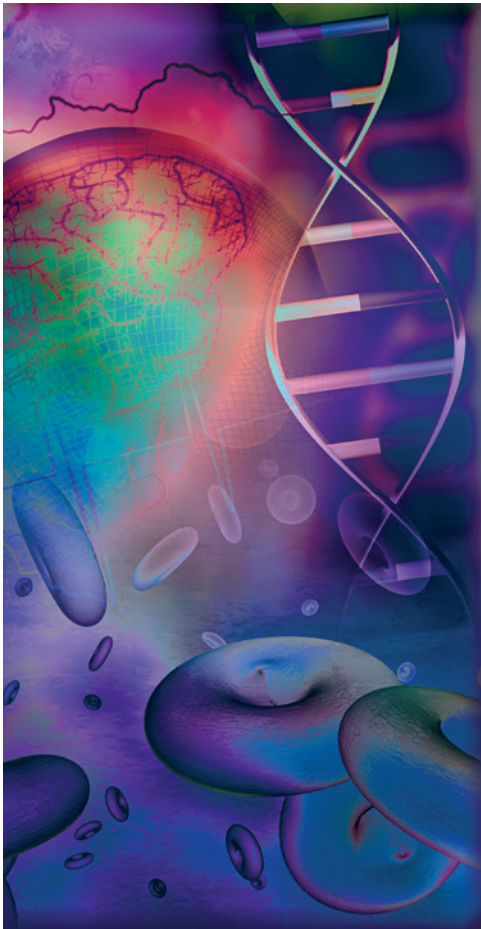


FOTO: BRUCE ROLFF / SHUTTERSTOCK / NTB

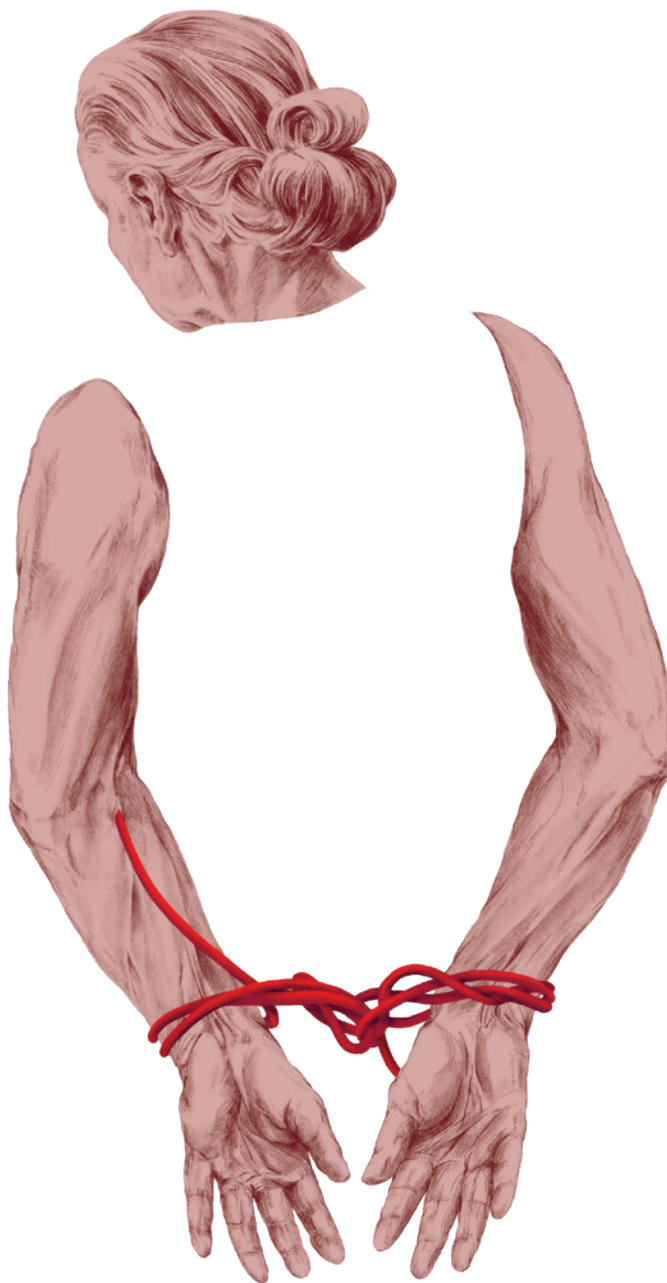
EVOLUSJON OG SEKSUALITET

Som en introduksjon til evolusjonspsykologi som fagfelt blir boka dessverre for snever i sitt perspektiv, skriver anmelder og psykologspesialist Erling W. Rognli. Bokprosjektet belyser heller menneskets evolverte seksualpsykologi.

Bokanmeldelse

Innhold

- 165 **Gefundenes fressen**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 168 **Vil «medavhengighet» til livs**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 173 **Morgendagens forskning**
Forskningsintervju | Nora Skjerdingsstad
- 176 **Kjernekomponentmodellen gir nye muligheter i avhengighetsbehandling**
Fagessay | Espen Ajo Arnevik, Oddvar Jordheim Tyssen & Inge W. Brorson
- 180 **Pårørende som medafhængige**
Fagessay | Liese Recke
- 186 **Samspillsobservasjon i individualterapi med voksne som bruker vold i familien**
Fra praksis | Hans Christian Bollingmo & Mette Sund Sjøvold
- 192 **Infodemi og pandemisk risikopersepsjon**
Fagessay | Rune Johan Krumsvik & Øystein Olav Skaar
- 198 **Klinisk utprøving av WISC-V**
Originalartikkel | Jens Egeland, Olaf Lund & Tor Herman Andreassen
- 206 **Erfaringer ved bruk av feedbackverktøy**
Fagessay | Annette Wolf El-Agroudi
- 212 **Fagetikk ut av blindsonen**
Etikkpanelet | Maria Løvvik Norheim
- 214 **MENINGER**
Kronikk: Spesialistspill for galleriet | Reidar Nævdal (s. 216)
Debutt: Klimapsykologi (s. 214), Autisme (s. 221), Barn og unge (s. 222), Smertebehandling (s. 224 & 227), MDMA-assistert terapi (s. 228)
- 232 **INNTRYKK**
Anmeldelse: Snevert om evolusjonspsykologi (s. 232)
- 234 **Minneord: Stig Leiv Wammer (1954–2021)**
- 235 **Minneord: Odd E. Havik (1944–2022)**
- 238 **Annonser**
- 240 **Stillingsannonser**



Vil «medavhengighet» til livs

Begrepet «medavhengighet» er klar for skraphaugen, mener psykolog og førstelektor Liese Recke ved VID vitenskapelige høgskole. Men begrepet lever i beste velgående i fagmiljøer, rusinstitusjoner og i pårørendeorganisasjoner.

– **A** karakterisere pårørende som medavhengige virker patologiserende. Det kan påføre skyld og virke kontraproduktivt i møte med familier som trenger hjelp fordi et av familiemedlemmene er rusavhengig, sier Recke til Psykologtidsskriftet.

I fagessayet «Pårørende som medavhengige» tar hun i denne utgaven av Psykologtidsskriftet et oppgjør med begrepet som ble med på lasset da den såkalte 12-trinnsmodellen kom fra USA til Norge og resten av Skandinavia på 80-tallet. Modellen er basert på behandlingsfilosofien til Anonyme Alkoholikere (AA), som har gjort selvhjelp og inkludering av den rusavhengiges familie til en sentral del av behandlingen. Opprinnelsen var grupper der deltakerne møtte frivillig for gjensidig støtte og deltakelsen var anonym. I dag er tenkningen ifølge Recke godt integrert i offentlige helsevesen. Hun mener den grunnleggende tradisjonen som bygger på anonymitetsprinsippet, har mistet betydning.

DESTRUKTIVT

Kort fortalt betegner «medavhengighet» fenomenet noen mener kan oppstå hvis familiemedlemmer av den rusavhengige går så langt i å tilpasse seg den rusavhengiges atferd at det nærmest bidrar til å legge til rette for rusmisbruket. Bruken av begrepet sammen med beslektede uttrykk som «muliggjørere» (for eksempel å gi penger til den rusavhengige, lyve for å dekke over problemer) og «tough love» (sette grenser ved eksempelvis å stenge døra inntil den rusavhengige er rusfri) kan ifølge Recke virke direkte skadelig for familiene.

– Begrepet viser til at den medavhengige er medskyldig i rusmisbruket blant annet fordi hen bidrar til å usynliggjøre konsekvensene av den rusavhengiges atferd. Resultatet skal da være at den rusavhengige fratas ansvaret for eget misbruk, sier Recke til Psykologtidsskriftet.

– *Hvorfor er det så viktig for deg å avvikle bruken av begrepet?*

– Jeg mener det er direkte destruktivt for både rusavhengige og pårørende og kan skape stor uro og splittelse i den rusavhengiges familie.

– *Hvordan kan det virke splittende?*

– Et typisk eksempel er når pårørende får beskjed om å lukke døren til hjemmet og ikke la den rusavhengige gjeninntre i familien før vedkommende er rusfri. I slike tilfeller vil det som regel være noen familiemedlemmer som protesterer. Det er svært krevende å si nei til et familiemedlem som trenger hjelp. Det kan rive familier i stykker, sier Recke.

Hun har jobbet i flere år som kliniker innen rusfeltet og har selv vært behandlet for rusavhengighet. Hun forteller at hun har kontakt med mange pårørende som forteller historier om hvordan de har blitt møtt med krav om å akseptere seg selv som medavhengige.

– De færreste har jo forutsetninger for å tolke den kategoriseringen de har blitt utsatt for, og mange vil trekke seg ut når de opplever hva begrepsbruken gjør med dem, sier hun.

LUKKET DØR

– *Men er det ikke greit å ha et uttrykk som beskriver hvordan pårørende risikerer å veves inn i et atferdsmønster som undergraver den rusavhengiges evne til å ta tak i eget liv og begynne på den tunge veien ut av rusmisbruket?*

– En slik problematikk vil i så fall gjelde alle familier der et av medlemmene har et problem. Hvis et familiemedlem sliter med overvekt, vil du jo neppe bortvise vedkommende fra middagsbordet av den grunn, sier hun.

– Jeg mener det er direkte destruktivt for både rusavhengige og pårørende

Psykolog og førstelektor Liese Recke

»



SPLITTELSE Liese Recke mener det kan skape stor uro og splittelse i den rusavhengiges familie å karakterisere familiemedlemmene som medavhengige. Foto: Anne Myklebust Odland.

12-trinnsbehandling

- 12-trinnsbehandling ble utviklet i USA rundt 1950. Modellen ble utarbeidet i et samarbeid mellom profesjonelle og personer fra selvhjelpsgruppen AA som hadde egen erfaring med alkoholavhengighet. Modellen var den første modellen i psykisk helse-feltet som bevisst tok brukererfaringer inn i behandlingen.
- Sentralt i behandlingsfilosofien står familieperspektivet og oppfølging av rusavhengige og pårørende i selvhjelpsgrupper.
- I Helsedirektoratets retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet anbefales deltakelse i selvhjelpsgrupper.
- I dag tilbys 12-trinnsbehandling ved cirka fem prosent av rusinstitusjonene i Norge.
- Det fins ennå ikke en samlet oversikt over hvilke institusjoner dette gjelder, men Kompetansetjenesten TSB i Norge vil i løpet av 2022 presentere en oversikt.

Kilder: www.12-trinnsbehandling.no,
TSB i Norge, Helsedirektoratet

– *Hvorfor tror du medavhengighet er et begrep som er oppstått nettopp innenfor rusfeltet?*

– Jeg tror det bunner i forestillingen om at rusavhengighet er noe helt spesielt: noe som skiller seg fra alle andre tilstander. Det mener jeg det ikke er. I alle familier der noen er syke, sliter og trenger hjelp, er det naturlig å stille opp og vise omsorg.

– *Men er det ikke naturlig å tenke seg at omsorgen kan strekkes så langt at det både går ut over dem selv og den rusavhengige?*

– Hver familie har sine kamper, sine relasjoner, sin historie og sin spesielle situasjon. I noen tilfeller vil det være på sin plass å lukke døren. I andre tilfeller kan det resultere i at den rusavhengige tar livet sitt eller dør av overdose. Og hvilke konsekvenser vil det få for familien som er igjen? spør Recke retorisk.

– Heller ikke i rusfeltet er det slik at «one size fits all». Vi må ha løsninger som er tilpasset den enkeltes behov, sier hun.

SNEKET SEG INN

Recke mener det er et stort problem at pårørende blir henvist til offentlig finansierte institusjoner eller selvhjelpsgrupper hvor betingelsene er at du identifiserer deg selv som medavhengig.

– Hele grunnlaget for å få hjelp er da at du tilslutter deg forestillingene om at du er medavhengig, sier hun.

Hun mener begrepsapparatet til AA-ideologien har sneket seg inn i de offentlige institusjonene, men savner en reell diskusjon om konsekvensene av å benytte det. Hun mener det er få fagpersoner i Norge som faktisk vet noe om 12-trinnsbevegelsen, begrepene og ideologien, og at det dermed er få som kan ta et oppgjør med den.

I essayet presenterer Recke en kortfattet analyse av medavhengighetsbegrepets fremvekst i USA. Hun hevder filosofien er et barn av amerikansk markedenkning der selvhjelp og selvhjelpsgrupper er varen du må kjøpe for å bli frisk.

– *Er det egentlig hele AA-ideologien du vil til livs?*

– Jeg vil alltid ta til orde for at alle 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper skal kunne fortsette så lenge det er frivillig og anonymt å delta i dem, slik den opprinnelige idéen var, og slik det foreskrives i AA sine 12 tradisjoner. Men det er jo ikke lenger tilfelle når ideologien er blitt en del av den offentlige helsehjelpen, sier Liese Recke. »



ADVARER John-Kåre Vederhus advarer mot å underslå de psykologiske mekanismene med avhengighetsbegrepet er ment å beskrive. Foto: Frode Nordhelle, ARA, Sørlandet Sykehus.

- Nyttig psykologisk rammeverk for familiebehandling

Forsker John-Kåre Vederhus ved Sørlandet sykehus mener medavhengighetsbegrepet gir et nyttig psykologisk rammeverk for å jobbe med familier med rusavhengige.

HAN SIER AT medavhengighetsbegrepet fortsatt sirkulerer på rusinstitusjonene, men at det er blitt tonet ned de siste årene.

– Behandlingsmiljøene har i økende grad blitt oppmerksomme på at begrepet kan ha en slagside som kan bidra til skyldfølelse, sier han til Psykologtidsskriftet.

Vederhus har doktorgrad i rusbehandling. Som sykepleierutdannet har han tidligere jobbet flere år som kliniker med 12-trinnsmodellen. Han sier 12-trinnsmodellen var den første behandlingsmodellen som tok utgangspunkt i at familien er en viktig del av rusbehandling, og at en av målsettingene med å involvere familiene nettopp var å redusere skyld og stigma. Selv om det er viktig å være klar over mulige negative sider ved å bruke medavhengighetsbegrepet, advarer han mot å underslå de psykologiske mekanismene begrepet er ment å beskrive.

– De underliggende mekanismene handler om å undertrykke egne følelser og behov, selvpoffrelse og troen på at man ved å kontrollere andre kan få dem til å slutte å ruse seg.

Dette mener han er reelle fenomener som gir et nyttig psykologisk rammeverk for å jobbe med familier med rusavhengige.

– Vi må passe på så vi ikke hiver babyen ut med badevannet. Det er viktig å minne de pårørende på at de ikke må miste seg selv når de ønsker å hjelpe en annen i familien som har en problematisk rusbruk.

UHELDIG ROLLE

En som benytter seg av medavhengighetsbegrepet, er psykologspesialist Arne Johansen ved Sigma Nord. Sigma Nord er en privat rusinstitusjon som har avtale med Helse Nord RHF. Johansen sier intensjonen er at familiemedlemmene skal reflektere over om de er kommet inn i en uheldig rolle overfor misbrukeren.

– Ofte er det slik at den som har minst kontroll over følelsene sine i en familie, ender med å ta kontroll over alle andres følelser. Når det går bra med misbrukeren, er alle «glade», og i perioder »

TEKST Per Halvorsen

– Hos mindre private aktører kan det fort bli ensidig sammensatt personale med vekt på erfaringskompetanse

Rusforsker John-Kåre Vederhus

med aktiv rusing har alle det følelsesmessig vondt. Vi prøver å hjelpe familie-medlemmene til å komme ut av denne fastlåste følelsesmessige bindingen.

SKYLDFØLELSE

– *Hva sier du om kritikken mot begrepet: at det kan påføre skyld og i verste fall splitte familier?*

– Pårørende plages ofte av skyldfølelse. Mange føler at de ikke har gjort nok for å hjelpe den rusavhengige. Presentert på en forståelsesfull og empatisk måte opplever vi at bevisstgjøring rundt medavhengighet kan ta vekk skyldfølelse snarere enn det motsatte. Hvis de pårørende ikke identifiserer seg med begrepet, så respekterer vi selvsagt det, sier Johansen.

Han sier de ikke har erfaring med at pårørendebehandlingen fører til «splitting» av familier.

– *Advarer dere mot å hjelpe for mye og anbefaler å stenge døra hvis den rusavhengige kommer ruspåvirket og vil inn?*

– Spørsmålet kan vel ikke besvares med et «enten eller». Står det et familiemedlem på døra i 20 kuldegrader og ikke greier å ta vare på seg selv, så må en jo slippe personen inn. Spørsmålet ditt illustrerer egentlig problemstillingen rundt medavhengighet godt; familiemedlemmene blir tvunget inn i et handlingsmønster som det er vanskelig å komme ut av.

Shahram Shaygani er forskningsleder og overlege ved Trasopklinikken, landets lengst eksisterende behandlingsinstitusjon som baserer seg på 12-trinnsmodellen. Han bruker ikke medavhengighetsbegrepet selv, men sier det kan gi en inngang til å forstå hvordan rusavhengighet preger hele familien, ikke bare den som er avhengig.

– Noen pårørende lever i konstant beredskap og havner i en kronisk stresstilstand. For eksempel moren jeg møtte, som alltid gikk rundt med fantasibilder i hodet av datteren som dør av en overdose. Eller faren som blir så besatt av den ene sønnens stoffmisbruk at han fullstendig overser den andre. Medavhengighetsbegrepet kan altså gi en inngang til å forstå hva pårørende kan slite med, og gi dem passende hjelp, sier Shaygani.

NØDVENDIG FLERFAGLIGHET

Forsker John-Kåre Vederhus presiserer at det kan være store forskjeller mellom behandlingsmiljøene. Han forteller at den typiske 12-trinnsmodellen har et flerfaglig perspektiv med leger, psykolog og erfaringsbasert kunnskap.

– Hos mindre private aktører kan det fort bli ensidig sammensatt personale med vekt på erfaringskompetanse. Hvis økonomien attpåtil er presset, kan det føre til en ukritisk bruk av personer som selv har ruserfaring, og at de kommer for tidlig inn i behandlingsposisjoner. Med mindre profesjonalisering følger kanskje en mindre kritisk bruk av begrepene, mener han.

– En øyeåpner

EN SOM OPPLEVDE medavhengighetsbegrepet som en øyeåpner, er Randi, som jobber i en bruker- og pårørendeorganisasjon innen rusfeltet. Hun har en sønn som er stoffmisbruker, og ga ham i flere år en oppfølging som hun selv karakteriserer som grenseløs.

– Jeg kunne stå i telefonen døgnet rundt, ga ham penger hvis han ba om det, satte ingen grenser. Han var jo syk, så jeg måtte jo stille opp, tenkte jeg. Da jeg til slutt fikk hjelp av en selvhjelpsgruppe, var «medavhengighet» et begrep som hjalp meg til å se på meg selv og relasjonen til sønnen min utenfra. Det hjalp meg å sette foten ned.

– Det har vært en overlevelsesstrategi. Verken sønnen min eller jeg hadde noe godt av at jeg stilte opp for ham til alle døgnets tider. Stoffmisbruket hans ble ikke mindre av det, sier hun til Psykologtidsskriftet.

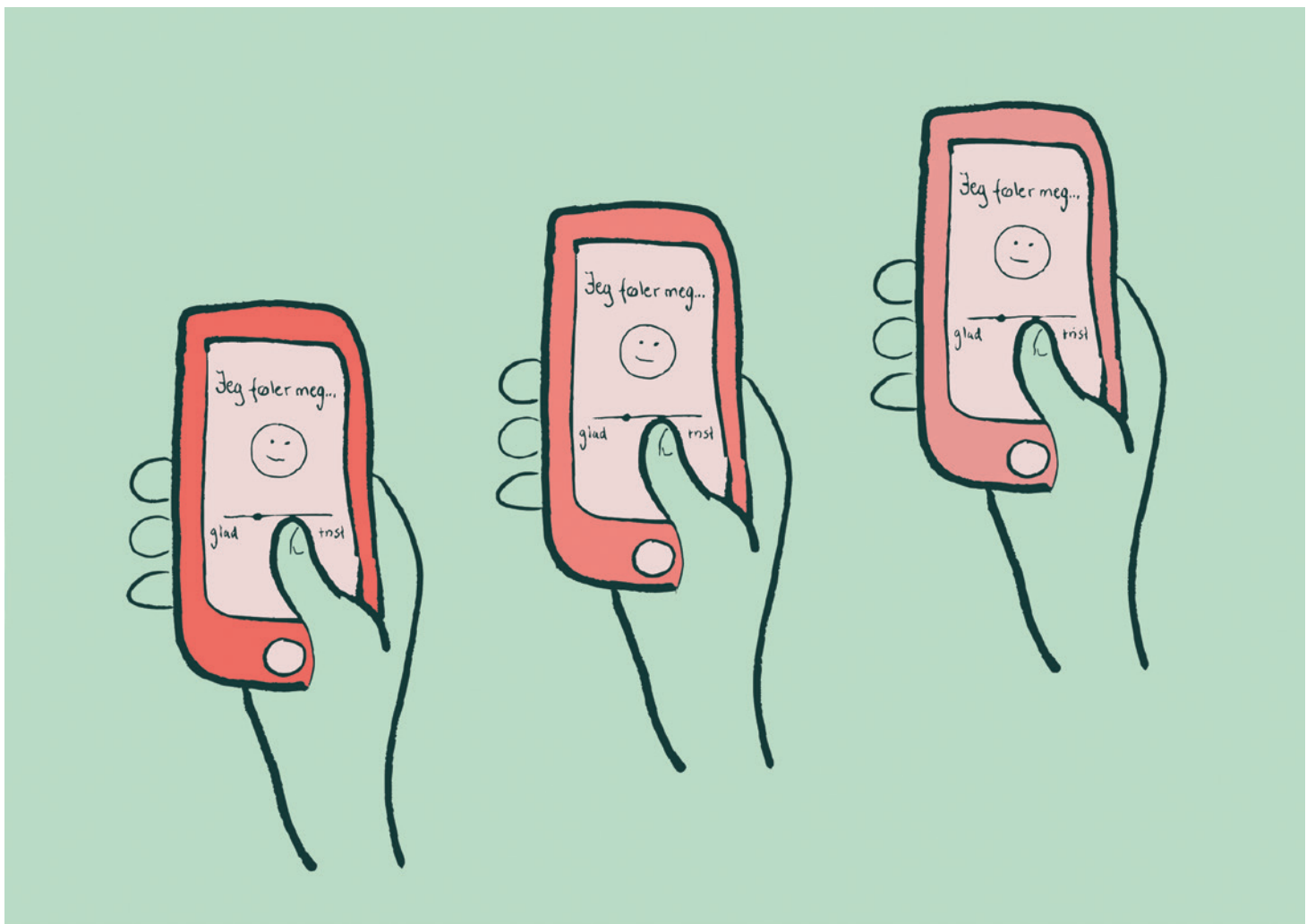
Hun har kjent på skyldfølelse, men mener medavhengighetsbegrepet ga henne anledning til å reflektere over at hun også hadde lov til å ta vare på seg selv.

– *Hvordan følger du opp sønnen din i dag?*

– Han ruser seg fortsatt, og jeg velger å holde meg unna. Han vet også samtidig da at jeg stiller opp for han når tiden er inne for forandring, sier Randi.

Hun ønsker å være anonym. Psykologtidsskriftet er imidlertid kjent med identiteten hennes. ✘





FORSKNINGSINTERVJU

Morgendagens forskning

Stipendiat Anne Bülow går i bresjen for mer åpenhet i psykologisk forskning og studerer finkornede interaksjoner mellom ungdom og deres foreldre.

Det piper fra en smarttelefon, og deltageren i studien begynner å svare på spørsmål om hvordan hen føler seg, hva hen gjør, og hvem hen henger med. Et kort spørreskjema flere ganger daglig akkumuleres til emosjonelle, relasjonelle og atferdsmessige mønstre som informerer forskeren, klinikeren og pasienten om hvilke psykologiske mekanis-

mer som er med på å opprettholde psykiske lidelser og negative interaksjonsspiraler.

Mange psykologiforskere har kastet seg på bølgen av studier som ønsker å studere finkornede fluktueringer i psykologiske fenomener over tid. Begreper som *Ecological Momentary Assessment (EMA)*, *Experience Sampling Methods (ESM)* og *Ambulatory Assessment (AA)* »

TEKST OG ILLUSTRASJON

Nora Skjerdingsstad

ÅPENHETSFORSKER

Anne Bülow er stipendiat ved Department of Psychology, Education & Child Studies (DPECS), Erasmus University Rotterdam. Nylig vant hun pris for sitt arbeid med åpenhet i akademia. Foto: Superformosa



... med EMA er vi i stand til å fange disse små endringene fra øyeblikk til øyeblikk

omfavner det som kan refereres til som frekvente målinger av individet i sin naturlige setting.

Tilgjengeligheten av smarttelefoner og applikasjoner for å samle inn disse dataene har gjort at EMA har fått et oppsving i teoretisk og anvendt psykologisk forskning. I klinisk arbeid kan EMA bidra til å gjøre pasienten mer bevisst sine daglige mønstre i følelser, relasjoner og atferd, for eksempel ved at pasienten får informasjon om hva som kan være eventuelle triggere forut for en overspisingsepisode eller en manisk tilstand.

I familiefeltet har forskere hoppet på EMA-trenden for å kartlegge finmaskede familieinteraksjoner. Forsker og stipendiat ved Erasmus-universitetet i Rotterdam, Anne Bülow, har i to og et halvt år studert interaksjoner mellom ungdommer og deres foreldre ved bruk av slike intensive målinger.

– Det er de dynamiske korttidsprosessene vi ønsker å studere, og med EMA er vi i stand til å fange disse små endringene fra øyeblikk til øyeblikk, sier Bülow om sin egen forskning.

FAMILIESYSTEMET

Fra et teoretisk perspektiv sees familien på som et dynamisk system, hvor interaksjonene mellom familiemedlemmene akkumulerer endring

over tid. Disse interaksjonene, manifestert som emosjonelle, verbale og fysiske signaler mellom ungdom og forelder, kan studeres fra sekund til sekund, eller på tvers av flere år.

I Bülows doktorgrad ser hun på hvordan ungdom–forelder-relasjonen utvikler seg på disse ulike nivåene, på kort og lang sikt.

– Det er viktig å differensiere mellom langtid- og korttidseffekter av foreldreatferd fordi de kan være motstridende. For eksempel, i en situasjon hvor et barn maser om å få en kjeks på butikken, gir moren en øyeblikkelig lettelse i barnets ubehag ved å gi etter for masingen. På den andre siden kan langtidseffektene av en slik gjentatt interaksjon ha en negativ påvirkning på barnets emosjonsregulering.

Hva som fungerer emosjonsregulerende for barnet på kort sikt, trenger ikke fungere på lang sikt, poengterer stipendiaten. Og foreldreatferden som i utgangspunktet virker god, kan undergrave adaptiv utvikling av emosjonsregulerende strategier hos barnet.

Frem til nå, fortsetter Bülow, har de fleste forskere sett på langtidsendringer ved bruk av målinger som spenner over flere år. Det vi ikke vet så mye om, er hvordan korttidsdynamikk interagerer med langtidsvirkninger. Målet til Bülow er nettopp å se på hva som skjer her og

nå i dagliglivet til familiemedlemmene, og på sikt kunne knytte det opp til utvikling over lengre tid.

Mange familieintervensjoner er basert nettopp på premisset om at langsiktig atferdsendring promoterer gjennom endring i daglige familieinteraksjoner. Daglige målinger kan styrke disse intervensjonene ved å gjøre familiemedlemmene mer oppmerksomme på hva som kan endres, og hvordan de kan gjøre det. I en studie fra 2020 (Swendeman mfl.) viste forskerne at 80 % av foreldrene og ungdommene som gjennomførte to uker med EMA, hadde fått en økt bevissthet rundt sine egne måter å relatere seg til andre på samt sin egen atferd og kommunikasjonsstil.

FINKORNEDE INTERAKSJONER

– Kort fortalt er EMA studier hvor deltagerne blir bedt om å svare på korte spørreskjema flere ganger daglig.

Familiemedlemmene i Bülow's studier svarer altså på noen få spørsmål om hvordan de føler seg, hvem de er med, og hvilken kontekst de befinner seg i når telefonen plinger flere ganger daglig. Med denne metoden unngår man det som refereres til som *recall bias*, at deltakerne må huske tilbake på hva de har gjort eller følt i en viss situasjon. Samtidig unngås den kunstige settingen i et laboratorium ved at målingene gjøres i deltagerens naturlige setting, og reflekterer derfor i større grad atferden slik den utfolder seg i det daglige.

– EMA-studier er viktig av mange grunner. For det første er slike målinger mer økologisk valide. Samtidig vil den informasjonen vi henter inn ved å studere dynamiske interaksjoner mellom foreldre og ungdommer, kunne brukes til å utvikle personaliserte intervensjoner i en klinisk setting. Hva er det som trigger akkurat *denne* foreldre–barn-interaksjonen? Når man får kartlagt disse mikroprosessene, ser man hva som fungerer for den individuelle familien, sier Bülow om det kliniske potensialet til telefonmålingene.

Kombinert med intervensjoner vil EMA-forskningen gi innsikt i *hvor* *dan* intervensjoner fungerer, *hvorfor* de fungerer, og for *hvem*. Ved å daglig måle ungdom og foreldre som mottar en intervensjon, kan man se den mulige reduksjonen i negative interaksjoner og affekt før og etter implementering, kartlegge hva det er som gjør at bedring forekommer, og se for hvilke familier og individer intervensjonen fungerer.

Selv om lovnadene om personalisert terapi er appellerende, er forskningen fortsatt i startfasen. Mange metodologiske problemstillinger er fortsatt uløste.

ÅPENHETSBEVEGELSE

Når et metodologisk landskap ligger mer eller mindre utforsket, er forskere avhengige av å kunne lene seg på andres erfaringer med og oppdagelser ved bruk av metoden. Familiefeltet er spesielt komplekst fordi det krever målinger ikke bare av et individ, men flere individer, som i sin tur leder til flere metodologiske utfordringer. Bevegelsen mot mer samarbeid, åpenhet og gjennomsiktighet i academia generelt og EMA-forskningen spesielt har bidratt til å fasilitere utviklingen av feltet.

Da Bülow flyttet fra Tyskland til Nederland for å ta fatt på doktorgraden, ble hun overrasket over hvor engasjerte kollegene ved det nye universitetet var i Open Science. Siden den tid har Bülow gått i bresjen for en bølge av unge akademikere som har løftet frem viktigheten av åpenhet og gjennomsiktighet i psykologisk forskning i kjølvannet av replikasjonskrisen. Nylig vant hun pris for sitt arbeid med å fremme større åpenhet rundt forskning

i academia. Det gjør hun blant annet ved å selv publisere *Open Access*, gjøre kode og protokoller tilgjengelig for andre forskere, preregistrere analyser og tilgjengeliggjøre artiklene sine før de publiseres i et fagfelleverdert tidsskrift.

– Selvfølgelig ligger det mye i filosofien om at forskning bør gjøres tilgjengelig for alle som ønsker å lese det [Open Access], men søkelyset på åpenhet og gjennomsiktighet har også bidratt til å styrke mitt eget arbeid, sier Bülow. Hun forklarer hvordan åpenhetsprinsippene legger føringer for mer gjennomtenkt arbeid fra start til slutt.

Det første steget i den åpne forskningsprosessen er å preregistrere studien sin.

– Spesielt i denne fasen gjør åpenhetsidealet at man i større grad tenker gjennom hvilke hypoteser man har, og hvordan man ønsker å analysere dem. Det gjør at jeg kan finne svakheter ved studien allerede i den tidligste fasen, før datainnsamling, som i sin tur fører til et mer gjennomtenkt og bedre sluttprodukt.

Selv om åpenheten har åpenbare fordeler for psykologisk forskning som helhet og for den enkelte forsker, er det ikke alle som har veiledere som er like optimistiske, påpeker Bülow.

– Jeg har vært veldig heldig med mine veiledere, som har støttet meg, og som selv er engasjerte i *Open Science*, men jeg vet det er flere stipendiater som ikke har vært like heldige og som må overbevise sine egne veiledere om å praktisere åpen forskning.

Men at bevegelsen legger føringer for morgendagens forskning, er det liten tvil om. ✖

REFERANSER

- Bülow, A., van Roekel, E., Boele, S., Denissen, J. J. A., & Keijsers, L. (2022). Parent-adolescent interaction quality and adolescent affect – an experience sampling study on effect heterogeneity. *Child Development, 00*, 1–17. <https://doi.org/10.1111/cdev.13733>
- Keijsers, L., Boele, S. & Bülow, A. (2022). Measuring parent–adolescent interactions in natural habitats. The potential, status, and challenges of ecological momentary assessment. *Current opinion in psychology, 44*, 264–269. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.10.002>
- Swendeman, D., Sumstine, S., Brink, A., Mindry, D., Medich, M. & Russell, M. (2020). Smartphone self-monitoring by young adolescents and parents to assess and improve family functioning: qualitative feasibility study. *JMIR formative research, 4*(6), e15777. <https://doi.org/10.2196/15777>

Kjernekomponentmodellen gir nye muligheter i avhengighetsbehandling

Avhengighetslidelser krever mer enn diagnosespesifikke intervensjoner. Kunnskap om kjernekomponenter er relevant i fremtidig utvikling av nye behandlingsmetoder.

TEKST Espen Ajo Arnevik¹, Oddvar Jordheim Tyssen² og Inge W. Brorson²

¹ RusForsk, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF
² Blå Kors Øst

KONTAKT
ESARNE@ous-hf.no

KJERNEKOMPONENTMODELLEN BYGGER på den transdiagnostiske tilnærmingen hvor tanken er å gå bak den ytre atferden og lage et klassifiseringsrammeverk basert på komponenter som deler felles etiologiske, kognitive, affektive og interpersonlige trekk (Sauer-Zavala et al., 2017). Tenkningen har utgangspunkt i spiseforstyrrelsesfeltet og retter seg mot de underliggende og opprettholdende prosessene som er felles ved flere psykiske lidelser, uavhengig av den spesifikke diagnosen. Et eksempel i klinisk praksis vil være en pasient med et rusproblem som går i behandling og slutter å misbruke sitt foretrukne rusmiddel. Samtidig viser pasienten et økende spilleproblem og en begynnende spiseforstyrrelse. Er terapien vellykket, eller har symptomene kun flyttet på seg, mens kjerneproblematikken fremdeles er uløst? Dersom vi antar at kjerneproblematikken er uløst, antar vi samtidig at det finnes ett eller flere kjerneområder som ikke kun handler om virkningen av rusmiddelet. Spørsmålet er hvilke komponenter dette kan være, og hvilke kriterier som bør stilles for å kunne definere slike kjernekomponenter. Modellen tar hensyn til at komorbiditet dominerer og setter som premiss at etiologien på tvers av enkeltlidelser

kan være den samme, og at de faktorer som opprettholder lidelsene, ofte er like.

Rusavhengighet er en kompleks tilstand. Tilstanden er karakterisert av intens og til tider ukontrollerbar higen eller craving etter rusopplevelsen, tvangsmessig søken etter rusmidler og en bruk av rusmidler til tross for fare for alvorlige konsekvenser (World Health Organization, 2018). Rusavhengighet involverer og påvirker ulike hjernebaner, spesielt de som har med belønning, læring og motivasjon å gjøre. Noen personer er mer sårbare for å bli avhengige enn andre, både på grunn av genetiske forskjeller, tidspunktet man blir eksponert for rusmidler på, og miljømessige faktorer (Chandler & Andrews, 2018). I starten av et misbruk kan vi velge å ta et rusmiddel eller ikke, men når hjernen blir eksponert for rusmidler over tid, reduseres muligheten til å velge. Søken etter rus og rusmidler blir mer og mer tvangsmessig og ødelegger personens egen vilje og evne til selvkontroll. Over tid kan det føre til store helsemessige og sosiale konsekvenser. Det øker risikoen for fysisk sykdom og skade, psykiske lidelser, fattigdom, tap av nettverk og familie, jobb, og tidlig død.

Avhengighet er mer enn bare tvangsmessig bruk av rusmidler. For pasienter med rus- og

avhengighetslidelser er komorbiditet mer regelen enn unntaket (Volkow, 2009), og det er de senere år gjort en utvidelse av avhengighetsproblematikk til også å omfatte atferdsavhengigheter som blant annet spillavhengighet (Petry et al., 2018).

Det er stor variasjon i type behandling som tilbys for mennesker med avhengighetslidelser. Økt fokus på målbar behandlingseffekt og kostnytte-vurderinger fører til behov for at en utarbeider tydelige standarder for behandling. Samtidig er fokuset på atferdsuttrykk fremfor psykologiske mekanismer problematisk – og den klassiske medisinske modellen har møtt kritikk med den sterke tilknytningen til de tradisjonelle diagnosesystemene (DSM/ICD). Fokuset fører til at man får et stort antall faglige retningslinjer og anbefalinger for behandling som gjør utdanning, implementering og behandling både vanskeligere og dyrere. Vi har i dag fem ulike retningslinjer med totalt 520 anbefalinger som styrer behandlingen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), i tillegg til de som gjelder for psykisk helsevern og somatisk helse (Helsedirektoratet, 2021). Behandlingsprogrammer skal i prinsippet dekke områdene som er diktert av både hoveddiagnose og relevante sekundærdiagnoser. Klinikeres oppgaver er dermed å redusere rusmiddelbruken og i tillegg behandle psykiske lidelser og somatiske lidelser. Dette innebærer også sosiale tiltak som å bedre arbeidsevne, utdanning og familienettverk der det har vært til stede, eventuelt bygge opp funksjoner som tidligere ikke har vært der.

Diagnoser er deskriptive kategorier som verken sier noe om årsak til symptomer eller har tilknytning til bestemte teoretiske rammeverk eller tjenester. Med kompleksiteten som kreves i en behandling, kan man undre seg over om diagnoser settes som en «pliktøvelse» for å sikre pasienters rettigheter mer enn som informasjon til selve behandlingstilnærmingen. For å favne mer av den klinikknære praksisen, ivareta klinikerens intuitive kunnskap og samtidig sikre likeverdig og evidensbasert behandling kan en pragmatisk modell med et utvalg av et begrenset antall kjernekomponenter fremstå som et mer praktisk anvendelig alternativ.

KJERNEKOMPONENTER FOR RUS- OG AVHENGIGHETSLIDELSER

Det er de siste årene blitt utviklet en rekke ulike teorier med mål om å avdekke felles komponenter og prinsipper for avhengighetsatferd (Griffiths, 2005; Orford, 2001; Shaffer et al., 2004). I et forsøk på å samle de sentrale komponentene fra de eksisterende modeller om avhengighet i en felles struktur lanserte West og Brown i 2013 PRIME-teorien (West & Brown, 2013). Teorien forklarer avhengighet som en kronisk tilstand i motivasjonssystemet, karakterisert av at man gir overdreven høy prioritet til en bestemt aktivitet. I det menneskelige motivasjonssystemet identifiseres fem subsystemer som interagerer med hverandre, og systemet i sin helhet beskrives i West og Browns *A Theory of Addiction* med akronymet PRIME. PRIME står for **p**laner, **r**esponser, **i**mpulser og **i**nhibisjon, **m**otiver og **e**valuering (West & Brown, 2013). Avhengighet kan forklares ved en unormal fungering i de enkelte subsystemene. Et eksempel kan være en person som til tross for de negative konsekvensene fortsetter å drikke alkohol. Atferdsmønsteret blir opprettholdt gjennom impulser («Jeg trenger å drikke alkohol»), den emosjonelle tilstanden («Jeg har angst»), motivene («Jeg vil drikke alkohol») og evalueringene («Å drikke alkohol gjør at jeg føler meg bedre»). Dette fører til at en ikke legger planer for å endre eller stoppe atferden.

I 2018 presenterte Kim og Hodgins *the component model for addiction treatment* (CMAT) som i større grad er rettet mot behandling av avhengig-



For pasienter med rus- og avhengighetslidelser er komorbiditet mer regelen enn unntaket





Bruken av kjernekomponentbegreper vil lettere kunne treffe en heterogen gruppe av pasienter, slik en oftest møter i en klinisk hverdag

het (Kim & Hodgins, 2018). Modellen beskriver seks psykologiske komponenter som opprettholder avhengighet, og som en derfor bør fokusere på i behandling. De seks komponentene er: mangel på motivasjon, negativ urgency (et driv mot å lindre negativ affekt), maladaptive forventninger, svekket selvkontroll, svekket sosial støtte og tvangspregget atferd (Kim & Hodgins, 2018). I CMAT-modellen påpekes det også at hver komponent er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å gi en effektiv behandling. Det kan legges ulik vekt på de ulike komponentene og på den måten tilpasse behandlingen til den enkelte pasient. Bruken av kjernekomponentbegreper vil kunne være mer praktisk gjennomførlig, det vil si *feasible*, i en klinisk hverdag, favne vidt og lettere kunne treffe en heterogen gruppe av pasienter, slik en oftest møter i en klinisk hverdag.

Det er internasjonalt en forhåpning om at en økt forståelse av kjernekomponenter i rus- og avhengighetslidelser vil kunne føre til at en utvikler behandlingsintervensjoner som bedre og mer effektivt kan favne spekteret av avhengighetstilstander enn om en utvikler egne intervensjoner for det enkelte rusmiddel eller atferd (Eaton et al., 2015). For å utvikle behandlingsintervensjoner er det blant annet behov for bedre kunnskap om hvordan vi skal vektlegge de ulike komponentene. Hvilken kjernekomponent oppleves å være den viktigste og som man kan påvirke og endre på en slik måte at det vil føre til bedring for den enkelte pasient?

VURDERING AV KKM OG BEHOVET FOR VIDERE KLINISK FORSKNING

Det er flere åpenbare fordeler med bruk av en kjernekomponentmodell. En kjernekomponent bør oppleves som nyttig og sentralt i klinisk praksis og behandling. På samme måte som nye begreper bør være solid teoretisk forankret, bør de ha gjenklang hos klinikere med lang erfaring med pasientgruppen.

Det ligger et potensial, og en forhåpning, om at kjernekomponentmodellen kan føre til en forenkling og avbyråkratisering av både retningslinjer og manualer, slik at kategorisering og behandling i større grad harmoniserer med klinikerens intuitive kunnskap og kan støtte denne. Intuitiv kunnskap omtales ofte som klinisk erfaring. Det er erfaringsbasert kunnskap som brukes for å ta kliniske beslutninger både underveis i en terapitime og i behandlingen som helhet (Kahneman & Klein, 2009). Eksempler på dette finner vi i mikrosituasjoner hvor klinikere velger å fokusere på ett fenomen fremfor et annet, for eksempel handlinger pasienten forteller om versus formen pasienten forteller den med, eller der hvor kliniker velger å utforske impulsiviteten til pasienten fremfor bruken av et bestemt rusmiddel.

Alle forsøk på å kategorisere eller generalisere er nødvendigvis forenklinger. Dersom kjernekomponentmodellen blir en *for* grov forenkling av vår forståelse av avhengighet, står vi i fare for å avgrense behandlingen ved at en fokuserer for mye på de komponentene som er definert på forhånd, og for lite på andre faktorer som kan være betydningsfulle. Vi risikerer å undervurdere kontekstuelle faktorer som sosialt nettverk, utdanning og jobb, og vi vet lite om hvordan en kjernekomponent, som det å bruke rus for å unngå positive eller negative følelser (urgency), opptrer og har sammenheng med avhengighet og psykisk lidelse på tvers av ulike kulturer.

Dersom vi forutsetter at kjernekomponenter lar seg identifisere, vil en utfordring være å se hvordan de enten alene eller i kombinasjon forårsaker ulike kliniske uttrykk. Avhengighet har høy komorbiditet med andre psykiske lidelser, og kjernekomponenter vil kunne føre til en for-

enkling både i antall diagnoser og antall intervensjoner. Samtidig reiser det spørsmålet om kjernekomponenter vil gjøre at det oppstår nye, men færre og bredere «diagnoser» eller kombinasjoner, bare på et annet nivå.

Avhengighetslidelser går gjennom en startfase, en misbruksfase, en avhengighetsfase, en avslutningsfase og en vedlikeholdsfase. Det vil være naturlig å tenke at komponentenes betydning og styrke varierer over tid. I tidlig fase av en avhengighet kan en komponent ha mindre betydning, mens i senere fase av avhengigheten kan den være den dominerende. Dette vil ha betydning for utvikling av behandlingsmoduler. Kim og Hodgins (2018) har foreslått noen kriterier for å bestemme hva som definerer en kjernekomponent: Den må være til stede i både rusmiddelavhengighet og atferdsavhengighet, den må ha en psykologisk utviklingsmessig komponent og et nevrologisk korrelat. Den må ha et solid teoretisk fundament og kunne oppleves som nyttig og sentralt i klinisk praksis/behandling. I tillegg må det være

utviklet behandlingsmetoder på tilliggende felt og dermed kunne bli beskrevet som en kjernekomponent også utenfor rus- og avhengighetsfeltet. Per i dag er det svært få, om noen, komponenter som vil fylle alle kriteriene. Avhengig av hvordan man vektlegger kriteriene, vil man få en sjekklister som i ulik grad vil kunne veilede videre forskningsinnsats, og som kan avklare hvilke komponenter man kan bygge på i utviklingen av ny behandling.

Videre må det lages behandlingsprotokoller basert på kjernekomponenter som bør testes ut klinisk. Selv om tenkningen og kunnskapen om kjernekomponenter fortsatt er i startgropen, vil en klinisk utprøving kunne bidra til økt kunnskap om tilpasning av behandlingen til pasienten, gi oss erfaring til å bygge på terapeutens kunnskap og autonomi, og gjøre det tydeligere hvilken intervensjon man bør velge.

KONKLUSJON

Kjernekomponentmodellen kan være et alternativ til dagens diagnostiske modell. Som med alle nye konsepter er det utfordringer også med kjernekomponentmodellen, og man må vokte seg vel for ikke å havne i et «nytt» diagnostisk system med utredning og tilhørende behandling. Modellen vil i teorien kunne by på en pragmatisk og forsvarlig forenkling som ligger nærmere en intuitiv forståelse og håndterbar praksis for pasient og behandler. Det forutsetter utvikling og uttesting av nye behandlingsmoduler. ✘

REFERANSER

- Chandler, C. & Andrews, A. (2018). *Addiction – A biopsychosocial perspective* (bd. 1). SAGE.
- Eaton, N. R., Rodriguez-Seijas, C., Caragher, N. & Krueger, R. F. (2015). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: a review. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 50(2), 171–182. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1001-2>
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Helsedirektoratet. (2021, 11. august). *Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp*. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=retningslinje>
- Kahneman, D. & Klein, G. (2009). Conditions for intuitive expertise: a failure to disagree. *American Psychologist*, 64(6), 515–526.
- Kim, H. S. & Hodgins, D. C. (2018). Component Model of Addiction Treatment: A Pragmatic Transdiagnostic Treatment Model of Behavioral and Substance Addictions. *Front Psychiatry*, 9, 406. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00406>
- Orford, J. (2001). Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96(1), 15–31.
- Petry, N. M., Zajac, K. & Ginley, M. K. (2018). Behavioral Addictions as Mental Disorders: To Be or Not To Be? *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 399–423. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045120>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. & Barlow, D. H. (2017). Current Definitions of «Transdiagnostic» in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Shaffer, H. J., LaPlante, D. A., LaBrie, R. A., Kidman, R. C., Donato, A. N. & Stanton, M. V. (2004). Toward a syndrome model of addiction: multiple expressions, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 367–374.
- Volkow, N. (2009). *Comorbidity: addiction and other mental illnesses*. National Institute on Drug Abuse.
- West, R. & Brown, J. (2013). *Theory of addiction* (2. utg.). Wiley Blackwell.
- World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases (ICD-11)* (11. utg.).

Pårørende som medafhængige

Pårørende til rusafhængige risikerer at blive møtt med kravet om at identificere seg som «medafhængige». Begrebet patologiserer omsorg og kan bidra til at pårørende oplever skam og fortvivlelse.

TEKST Liese Recke

KONTAKT

liese.recke@vid.no

Jeg har pleid å følge sønnen min til tannlegen. Han har passert førti og burde jo klare å gå til tannlegen selv. Kanskje jeg er for snill. Men han får ikke bedøvelse hvis ikke jeg er med. Han står overfor store tannreparasjoner. Tannlegen nekter ham både bedøvelse og smertestillende. Skal jeg slutte å følge ham? Og hva med de gangene han ber meg om hjelp med NAV? Han trenger hjelp av meg hver eneste gang han er i kontakt med dem fordi han blir så forbannet. Jeg er snart åtti år, jeg vet ikke om jeg klarer å forandre meg. Hjelpen fra meg vil uansett snart ta slutt. Jeg er så lei for at jeg har bidratt til all denne elendigheten. (Ramm, 2019 p. 47)

Citatet er hentet fra bogen *Jeg skal passe på deg* af Ane Ramm (2019) og gengiver en uttalelse fra en forælder til et møte i en støttegruppe for pårørende. Ramm har i bogen beskrevet sine erfaringer, da hun i sin egenskap af mor til en rusafhængig datter, henvender sig til en støtteforening for pårørende. Hun beskriver hvordan deltagerne identificeres som medafhængige, og hvordan medafhængighedsbegrebet innebærer ideen om at den rusafhængige nødven-

digvis må «nå bunden», et udefinerbart vendepunkt karakteriseret af ydmygelse og oppgivelse som forudsætning for motivation til ændring. Enhver hjelp fra forældre, som at give sit rusafhængige barn husly, mad eller penge, fortolkes som destruktiv «muliggjøring», hvilket angivelig er med til at opretholde sønnens eller datterens destruktive livsstil.

HVAD ER EGENTLIG MEDAFHÆNGIGHED?

Medafhængighedsbegrebet findes hovedsagelig beskrevet i selvhjælpslitteratur og anvendes som en del af terminologien i selvhjælpsgrupper baseret på de 12 trin, som AA (anonyme alkoholikere) og NA (anonyme narkomaner) med flere (Palmbled, 2013a, 2013b). Enkelte skandinaviske selvhjælpsbøger beskriver medafhængighed indgående. Hagen og Hagen (2006, p. 13) beskriver den medafhængige som «en person som har latt et annet menneskes oppførsel påvirke seg, og som bare er opptatt av å kontrollere denne personens oppførsel» og argumenterer for at «vi [medafhængige] reagerer på andre mennesker som ødelægger sig selv, og ved at tilpasse oss deres atferd fratar vi oss selv våre egne ønsker og

behov». Det antages at den rusafhængige må mærke konsekvenserne af sin adfærd, ellers har vedkommende ingen incitamenter til adfærdsændring. Pårørendes udvisning af støtte og omsorg antages derfor at vedligeholde den rusafhængiges destruktive adfærd (Hagen & Hagen, 2006). Hellsten og Grimstad (1999, p. 53) beskriver medafhængighed som «en sygdom eller en sygdom-lignende tilstand som kommer frem når et menneske lever nært et svært stærkt fenomen og ikke har evnen til å bearbejde dette fenomenet slik at det kan integreres i personligheden, men tilpasser sig til det». Kristin Myrmed (2012) beskriver medafhængigheden som det at være besat af et andet menneske, og anviser hvordan den medafhængige gennem annektering af filosofien i 12-trinsprogrammet kan frigøre sig fra relationen eller sætte grænser for den rusafhængige: «Det eneste en rusmisbruger kanskje forstår, er konsekvenser. Kall det gjerne 'tough love'.» (Myrmed, 2012, p. 63). De fleste norske HELFO-godkendte rusbehandlingsinstitutioner, som anvender 12-trinsprogrammet i behandlingen, reklamerer parallelt med behandling af medafhængighed hos pårørende (se f.eks. Mestringshusene, u.d.; Omega behandling, 2021). Men medafhængighed er ikke en officiel psykiatrisk diagnose, og findes hverken i den amerikanske diagnoseliste DSM eller den europæiske ICD, trods tidligere forslag om at inkludere fænomenet i DSM-IV (Cermak, 1986; 1991). En af begrundelserne for ikke at inkludere medafhængighed i DSM var, at de foreslåede kriterier for medafhængighed overlappede med de daværende diagnoser i DSM-IV, såsom dependent personlighedsforstyrrelse og borderline personlighedsforstyrrelse (Hoenigmann-Lion & Whitehead, 2007). Der eksisterer heller ingen konsensus om hvordan medafhængighed eventuelt burde defineres og afgrænses i forhold til andre psykopatologier. Greg Dear et al. (2005) identificerede i forskningslitteraturen fire gennemgående fremstillinger af karakteristika knyttet til den medafhængige person: Ydrestyring, selvopofrende, behov for at kontrollere andre, følelsesundertrykkelse eller ignorering af egne følelser. Bacon et al. (2018) illustrerer beskrivelser af medafhængighed som en behandlingskrævende psykopatologi, og andre beskriver medafhængighed som en dysfunktionel relation (Lampis et al., 2017; Wright & Wright, 1991).

SELVHJÆLPSLINGO ELLER ANERKENDT PSYKOLOGISK BEGREB?

Medafhængighedsbegrebet benyttes hovedsageligt i USA, hvor næsten al rusbehandling af historiske grunde sker med udgangspunkt i 12-trinsbaserede selvhjælpsgrupper eller 12-trinsbaserede behandlingsprogrammer (Dodes & Dodes, 2014; Fletcher, 2013). Begreber som «addiction» og «recovery» præger den amerikanske populærkultur i langt højere grad end i Europa (McGee, 2005; Travis, 2010). Men i takt med udbredelsen af amerikanske behandlingsmetoder ser vi også i Skandinavien stigende påvirkning fra selvhjælpslitteraturen, og ifølge Ole Jacob Madsen (2017) kan grænserne være porøse mellem populariseret selvhjælpslitteratur og faglitteratur skrevet af professionelle med hensyn til begrebsbrug og emnevalg. Medafhængighed benyttes således af enkelte norske fagpersoner som en indforstået anerkendt problemkategori. Professor Jørgen Bramness beskriver pårørendes tilpasning til en rusafhængig i familien som medafhængighed (2018 p.81). Psykologspecialist Arnhild Lauveng anvender medafhængighed i beskrivelsen av familiedynamikker i en nylig publiceret grundbog om psykisk helse (2020 p. 153).

I citatet, som indleder denne artikel, vil mors eller fars følgeskab til tandlæge og NAV fortolkes som medafhængig adfærd, som forhindrer



Der eksisterer heller ingen konsensus om hvordan medafhængighed eventuelt burde defineres og afgrænses i forhold til andre psykopatologier





Alkoholisme og narkomani blev fremstillet som familiesygdomme, «elefanten i dagligstuen», faciliteret gennem de pårørendes egne adfærdsmønstre

sønnen i at opleve de negative konsekvenser af sit misbrug. Forældrene rådes derfor til at lukke døren for sønnen, undlade at støtte ham og i tillæg arbejde terapeutisk med egne patologiske karaktertræk i 12-trinsbaserede pårørendegrupper, hvor medafhængighed indgår som en del af det ideologiske begrebsapparat (Rice, 1996).

Jeg viser i det følgende hvordan medafhængighedsbegrebet opstod som en kulturel problemkategori med elementer fra AA, systemisk familierapi og humanistisk psykologi, og hvordan den nutidige forståelse af medafhængighed blev formet og reguleret i en amerikansk markeds kontekst. Afslutningsvis ser jeg på konsekvenser af at anvende medafhængighedsbegrebet som en del af en nutidig norsk behandlingsvirkelighed.

BILL, BOB OG ALKOHOLIKERHUSTRUEN

En kronologisk fremstilling af medafhængighedens historie kan starte med AAs etablering i 1934, selvom betegnelsen «alkoholikerhustru» allerede i 1920'erne blev etableret som en problemkategori i den professionelle litteratur (Lindfors, 2013). De amerikanske grundlæggere af AA, populært kaldet Bill W. og dr. Bob, mødte hinanden gennem den evangeliske Oxfordbevægelsen hvor også deres hustruer var medlemmer, og i starten fungerede møderne som «the alcoholic squad of the Oxford Groups» med deltagelse af familiemedlemmer (Schaberg, 2019). Efter en mere formel etablering af grupper, hvor kun alkoholikere kunne deltage, tog hustruerne i 1951 initiativ til at etablere en serviceorganisation til organisering og støtte for de mange familier, som havde etableret sig over hele USA sideløbende med AA. Organisationen fik navnet Al-Anon, en forkortelse af «Alcoholics Anonymous», og blev kopieret med de samme 12 trin og 12 traditioner som i AA (Wilson, 1979). I praksis betød det, at man i pårørendegrupper både organisatorisk, praktisk og terapeutisk forholdt sig til pårørende ud fra samme idegrundlag som i AA. På samme måde som alkoholikeren led af en uhelbredelig sygdom, led pårørende af en påført lidelse, som krævede støtte fra ligesindede og et åndeligt tilhørsforhold til en højere magt. I dag indgår medafhængighedsbegrebet som et anerkendt element i alle 12-trinsgrupper, og medafhængige mødes i grupper organiseret ud fra de samme

12 traditioner som AA og følger de samme 12 trin som alkoholikere i AA.

ELEFANTEN I DAGLIGSTUEN

Samtidig med ekspansionen af 12-trinsbaseret selvhjælp manifesteret gennem en mangfoldighed af nye selvhjælpsgrupper, bidrog nye psykologiske perspektiver igennem 1950'erne og 60'erne til et psykologisk fokus på «den alkoholiske familie». De systemiske teorier, udviklet af blandt andre Salvatore Minuchin og Jay Haley om familiedynamikker, gav anledning til etablering af familiebehandling for og med rusafhængige. Behandlere blev ofte hentet fra Al-Anon, som videreformidlede nødvendigheden af ligemandsstøtte og et åndeligt tilhørsforhold for de pårørende (Liddle & Dakof, 1995; White & Savage, 2005). Alkoholisme og narkomani blev fremstillet som familiesygdomme, «elefanten i dagligstuen», faciliteret gennem de pårørendes egne adfærdsmønstre. Al-Anons første grundbog havde skildret alkoholikerhustruen som et offer, som trængte støtte fra både Gud og ligemænd (Al-Anon Family Group Headquarters, 1965). Nu fjernede det systemiske perspektiv hendes passive offerrolle, og gjorde både hende og resten af familien til aktører i et dysfunktionelt familiesystem (se f.eks. Trembacz, 2002).

MARKEDSKRÆFTER

Organisatoriske ændringer i den amerikanske behandlingspolitik fik tilsvarende indflydelse på synet på patienter og pårørende. Weisner & Room (1984) viser hvordan behandlingsmandatet i 1970'erne blev flyttet fra offentlige sygehuse til private institutioner, som måtte konkurrere om patienterne. Da forskere anslog at der fandtes ti gange så mange potentielle patienter uden for behandlingssystemet, begyndte behandlingsudbydere derfor at orientere sig mod pårørende. Fra at have vægtet rusafhængiges frivillighed og egen motivation, opfordrede fagfolk nu til «interventioner», hvor familien gav den rusafhængige et ultimativt valg mellem behandling eller at miste kontakten til familien (Johnson, 1973, 1986). Den rusafhængiges tilsyneladende manglende behandlingsmotivation blev forklaret som vedkommendes «benægtelse», en tilstand, som måtte brydes ned gennem direkte konfrontationer. Ethvert forsøg som hindrede vedkommende i at nå en tilstand af opgivelse – «at nå bunden», ville forlænge pinen og udsætte øjeblikket, hvor

vedkommende kunne motiveres til behandling. Hjælp og støtte til den afhængige fik betegnelsen «muliggøring» (eng.: «enabling»), en destruktiv adfærd, som uvægerligt ville fastholde den afhængige i et progredierende dødeligt misbrug (se f.eks. Miller, 2001). Kun gennem pårørendes afvisning og udøvelse af kompromisløs og konfronterende «tough love», var det muligt at bryde benægtelsen og hjælpe den afhængige til at ændre adfærd. Pårørende havde hermed fået rollen som aktive ændringsagenter med ansvar for at motivere den rusafhængige til behandling. Op igennem 1980erne eksploderede den amerikanske behandlingsindustri med behandlingstilbud til familier (Peele, 1995; Rice, 1996). For at dække alle typer rusafhængighed behandlet efter samme 12-trinsmodel, introduceres termen «chemical dependency», og den tidligere betegnelse for alkoholikerens hustru som «co-alcoholic», en kategori som blev indført gennem det systemiske perspektiv, ændredes til «co-dependent», medafhængig (Rosenberg, 2018).

«KVINDER SOM ELSKER FOR MEGET»

«Codependency» blev for alvor slået fast i den amerikanske sjæl op gennem 80erne hvor medafhængighed blev introduceret som en patologisk forstyrrelse som kunne påvirke alle menneskelige relationer, ikke kun nære relationer til rusafhængige. Mål om selvrealisering og frisættelse fra usunde og undertrykkende relationer udgjorde kernen i det man kan kalde en demokratiseret og populariseret recoverybevægelse. Robin Norwood skrev en kiosk-bæker om «kvinder, som elsker for meget» (1985), John Bradshaw skrev om det indre barn som måtte frigøres fra barndommens traumer (1990), og Melody Beattie skrev om at gøre sig fri af andres udnyttelse (1987). Bøgerne blev oversat og trykt i millionoplag. De tidligere forståelser af medafhængighed fra AA, de systemiske perspektiver og ideerne om konfrontation og grænsesætning indgik som grundlæggende elementer i den nye og udvidede forståelse af medafhængighed, som nu blev suppleret med en implicit kritik rettet mod kvinders traditionelle omsorgsrolle. Medafhængigheden skulle afhjælpes gennem frigørende selvudvikling, psykoterapi og deltagelse i 12-trinsbaserede selvhjælpsgrupper. Ideerne om medafhængighed, som de nævnte bøger præsenterede, blev omdrejningspunkt i en blomstrende kursus- og selvhjælpsindustri op igennem 80erne, og gav grundlag for oprettelsen af nye 12-trinsgrupper som ACOA (Adult Children of Alcoholics) og CoDA (Codependents Anonymous). Medafhængighed var hermed blevet til en problemidentitet, som i teorien kunne ramme alle, som påtog sig en omsorgsrolle (Haaken, 1993).

ANVENDELSE AV MEDAFHÆNGIGHEDSBEGREBET

Ideen om medafhængighed fulgte som vist udviklingen i amerikansk rusbehandling, og var funderet på pårørendes tidlige udskillelse fra AA, tilpasning til økonomiske rammebetingelser og populær selvhjælpslitteratur. Jeg har i teksten henvist til medafhængighedsbegrebets grundlæggende antagelser om karakteren af den medafhængiges psykopatologi, dennes karakteristiske adfærd benævnt som muliggøring, og rådet om udvisning af «tough love» eller separation. Den rusafhængige må nå «en bund» før motivation til ændring kan indtræffe og vil i kraft af egen addiktive psykopatologi benægte de problemer, som misbruget medfører for andre.

Imidlertid finder rationaler om «konfrontation», «benægtelse» og «bunden» ingen genklang i vores aktuelle syn på afhængighedslidelser og synes

ikke at bibringe konstruktive handleanvisninger for pårørende. Konfrontationer og identitetsnedbrydning anses i dag som en krænkende og uvirksom tilgang i rusbehandlingen. Miller og Rollnicks udvikling af det motiverende interview udsprang af et opgør med brug af konfrontation og benægtelse i amerikansk behandlingspolitik. Benægtelse, argumenterer William Miller (1983), udgør et naturligt forsvar på anklager og aggressive konfrontationer fremfor et karakteristisk træk hos rusafhængige. Konfrontationer i rusbehandlingen er tilsvarende blevet problematiseret på baggrund af manglende empirisk støtte (Davis, 2005; White & Miller, 2007). Flere dokumentariske fremstillinger illustrerer negative konsekvenser efter anvendelse af konfrontation og hård disciplin i rusbehandlingen (Chatfield, 2014; Morantz, 2014; Szalavitz, 2006a, 2006b; White, 2011). Diskussionen om «muliggøring» er i årevis blevet ført i relation til skadesreducerende tiltag på rusfeltet: Muliggør fixerum og uddeling af sprøjter ikke bare injektionsmisbrug? Vil støttende tiltag til rusafhængige ikke bare fastholde dem i afhængigheden? Men der er ikke noget som tyder på at hårde levevilkår eller et ultimatum fra familien forbedrer succesraten hos rusafhængige – snarere tværtimod. De senere års introduktion af begrebet «recoverykapital» i faglitteraturen illustrerer snarere nødvendigheden af støtte og opbygning af ressourcer i bedringsprocessen, hvor også pårørende ses som vigtige støtter og omsorgsgivere, fremfor som patologiske medafhængige (Hennessy, 2017).

MEDAFHÆNGIG ELLER BARE MED?

Afhængighedslidelser hos en person har store negative konsekvenser for familien. Norske undersøgelser illustrerer behovet for støtte til rusafhængiges pårørende, som i flere studier beskrives som udslidte og ofte nødt til at sygemelde sig for at ta vare på den rusafhængige (Bjørkquist & Hansen, 2017; Kristiansen et al., 2012; Nordlie, 2003; Svensson et al., 2019). At identificere sig som medafhængig, kan for nogen betyde nye rammer for selvreflektion og give adgang til et særligt sprog og et fællesskab gennem deltagelse i 12-trinsgrupper (Birkeland et al., 2015). For andre kan det at blive kategoriseret som medafhængig, skabe nye problemer. Medafhængighedsbegrebet patologiserer adfærd som i andre kontekster defineres som omsorg, og pårørende kan opleve skam og fortvivlelse, når »



Pårørende, som i forvejen oplever store belastninger, profiterer næppe af at blive sygeliggjorte selv

de ikke kan eller vil leve op til de medfølgende handleanvisninger eller tilslutte sig bestemte grundantagelser om rus, afhængighed og familiære relationer. Nordgren et al. (2020) viste i en svensk studie at forældre identificeret som medafhængige af professionelle, oplevede at måtte navigere mellem de modstridende krav der stilles til forældrerollen, de emotionelle bånd mellem barn og forældre og anvisningerne fra medafhængighedsdiskursen om «at lukke døren». Clare Jackson et al. (2018) undersøgte hvordan mødre oplever relationen til deres rusafhængige børn, og belyste mødrenes forvirring i dilemmaerne mellem kulturelle forventninger til moderrollen og medafhængighedsidentiteten.

Grænsesætning er konstante og vigtige temaer for pårørende. Nyere studier har identificeret forskellige former for støtte til familier og pårørende og illustrerer behovet for speciali-

seret viden og nuancerede hjælpeforanstaltninger (Orford et al., 2010), behov som næppe kan vurderes og dækkes gennem brug af 12-trins-baserede selvhjælpsgrupper og kategorisering af pårørende som medafhængige. Familier og relationer eksisterer på forskellige vilkår og må støttes ud fra egne præmisser. At stigmatisere pårørende med en «diagnose» – som altså ikke er en diagnose, men en ulden negativ etiket, falder på sin egen urimelighed. Pårørende, som i forvejen oplever store belastninger, profiterer næppe af at blive sygeliggjorte selv.

Formidling af mytologiske forestillinger om virksomme tiltag overfor rusafhængige, kategorisering af pårørende som medafhængige, hvad enten det sker i statsfinansierede støtteorganisationer eller i en kontekst af familiebehandling på en offentlig behandlingsinstitution, bør give anledning til diskussion. ✘

REFERENCER

- Al-Anon Family Group Headquarters. (1965). *Al-Anon Faces Alcoholism*. Al-Anon Family Group Headquarters, Inc.
- Bacon, I., McKay, E., Reynolds, F., & McIntyre, A. (2018). The lived experience of codependency: an interpretative phenomenological analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-18.
- Beattie, M. (1987). *Codependent No More: How to Stop Controlling Others and Start Caring for Yourself*. Hazelden Publishing.
- Birkeland, B., Weimand, B. M., & Helsedirektoratet. (2015). *Det gjennomsyrrer jo hele livet : en kvalitativ undersøkelse av levekår hos voksne pårørende til personer med rusmiddelproblemer*.
- Bjørkquist, C., & Hansen, G. V. (2017). Samproduksjon med pårørende til personer med ROP-lidelser. *Tidsskrift for omsorgsforskning*(03), 194-203.
- Bradshaw, J. (1990). *Homecoming: Reclaiming and Championing Your Inner Child*. Bantam Books.
- Bramness, J. G. (2018). *Hva er avhengighet?* Universitetsforlaget.
- Cermak, T. (1986). Diagnostic Criteria for Codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 15-20. <https://doi.org/10.1080/02791072.1986.10524475>
- Cermak, T. L. (1991). Co-addiction as a disease. *Psychiatric Annals*, 21(5), 266-272.
- Chatfield, M. (2014). *Institutionalized Persuasion: The Technology of Reformation in Straight Incorporated and the Residential Teen Treatment Industry* [Kindle]. CreateSpace Independent Publishing <https://www.amazon.com/Institutionalized-Persuasion-Marcus-Chatfield-ebook/dp/B00QIWPSME>
- Clare Jackson, I. (2018). What Impact does an Adult Substance User Have on Mothers, and How Do They Make Sense of Their Experience? *Universal journal of psychology*, 6(1), 19-28. <https://doi.org/10.13189/ujp.2018.060103>
- Davis, T. D. (2005). Beliefs about confrontation among substance abuse counselors: Are they consistent with the evidence? *Journal of evidence-based social work*, 2(1-2), 1-17.
- Dear, G. E., Roberts, C. M., & Lange, L. (2005). Defining codependency: A thematic analysis of published definitions. In S. Shohov (Ed.), *Advances in Psychology* (Vol. 34, pp. 189-205). Nova Science Publishers.
- Dodes, L., & Dodes, Z. (2014). *The Sober Truth: Debunking the Bad Science Behind 12-Step Programs and the Rehab Industry* [Kindle]. Beacon Press. <https://tinyurl.com/u8abubms>
- Fletcher, A. M. (2013). *Inside Rehab: The Surprising Truth About Addiction Treatment and How to Get Help That Works* [Kindle]. Penguin Group US. <https://tinyurl.com/rnm8d53w>

- Haaken, J. (1993). From Al-Anon to ACOA: Codependence and the reconstruction of caregiving. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 18(2), 321-345.
- Hagen, B., & Hagen, F. (2006). *Det er ok å bli sint på dem du er glad i! : en bok om medavhengighet og rusmisbruk*. Rus-Kompetanse.
- Hellsten, T., & Grimstad, J. (1999). *Flodhesten i dagligstuen : en bok om medavhengighet og om møtet med barnet i oss*. G-perspektiv.
- Hennessy, E. A. (2017). Recovery capital: a systematic review of the literature. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 349-360. <http://dx.doi.org/10.1080/16066359.2017.1297990>
- Hoenigmann-Lion, N. M., & Whitehead, G. I. (2007). The Relationship Between Codependency and Borderline and Dependent Personality Traits. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(4), 55-77. https://doi.org/10.1300/J020v24n04_05
- Johnson, V. E. (1973). *I'll Quit Tomorrow: A Practical Guide to Alcoholism Treatment*. HarperCollins.
- Johnson, V. E. (1986). *Intervention: How to Help Someone Who Doesn't Want Help*. Beacon Press.
- Kristiansen, R., Myhra, A.-B., & Borgestadklinikken. (2012). *Hvem er de pårørende som søker behandling, og hva slags belastninger rapporterer de om? : kartlegging av pårørendepasienter ved Borgestadklinikken 2009-2011*. Kompetansesenter rus - region sør, Borgestadklinikken.
- Lampis, J., Cataudella, S., Busonera, A., & Skowron, E. A. (2017). The role of differentiation of self and dyadic adjustment in predicting codependency. *Contemporary family therapy*, 39(1), 62-72.
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid : det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget.
- Liddle, H. A., & Dakof, G. A. (1995). Family-Based Treatment for Adolescent Drug Use: State of the science. In *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions* (Vol. 156, pp. 218).
- Lindfors, M. (2013). Utvekklingen av alkoholistustrun som en problemkategori. In E. Palmblad, M. Börjesson, M. Lindfors, & I. Sahlin (Eds.), *Medberoende och moral: framväxten av en problemkategori* (pp. 34-72). Carlssons.
- Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur* (2. ed.). Universitetsforlaget.
- McGee, M. (2005). *Self-Help, Inc.: Make-over Culture in American Life*. Oxford University Press, USA.
- Mestringshusene. (u.d.). *Er jeg medavhengig?* Mestringshusene. Retrieved 060420 from <https://mestringshusene.no/parorende/er-jeg-medavhengig/>
- Miller, A. (2001). *The enabler: When helping hurts the ones you love*. Wheatmark, Inc.
- Miller, W. R. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 11(02), 147-172.
- Morantz, P. (2014). *From Miracle to Madness: The True Story of Charles Dederich and Synanon*. Cresta Publications.
- Myrmel, K. (2012). *Alternativ X : informasjon og nyttige tips for pårørende til alkoholikere og rusmisbrukere*. Prima Vista Books.
- Nordgren, J., Richert, T., Svensson, B., & Johnson, B. (2020). Say No and Close the Door? Codependency Troubles among Parents of Adult Children with Drug Problems in Sweden. *Journal of family issues*, 41(5), 567-588.
- Nordlie, E. (2003). Alkoholmisbruk - hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 123(1), 52-54.
- Norwood, R. (1985). *Women who love too much : when you keep wishing and hoping he'll change*. Jeremy P. Tarcher.
- Omega behandling. (2021). *Pårørende*. Omegabehandling. Retrieved 19.10.21 from <https://www.omegabehandling.no/parorende>
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L., & Ibang, A. (2010). The Experiences of Affected Family Members: A Summary of Two Decades of Qualitative Research. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 17, 44.
- Palmblad, E. (2013a). Medberoende enligt självhjälpsrörelse och behandlingsverksamhet. In E. Palmblad, M. Börjesson, M. Lindfors, & I. Sahlin (Eds.), *Medberoende och moral: framväxten av en problemkategori* (pp. 74-110). Carlssons.
- Palmblad, E. (2013b). Medberoende i populärlitteraturen. In E. Palmblad, M. Börjesson, M. Lindfors, & I. Sahlin (Eds.), *Medberoende och moral: framväxten av en problemkategori* (pp. 111-155). Carlssons.
- Peele, S. (1995). *Diseasing of America*. Jossey-Bass.
- Ramm, A. (2019). *Jeg skal passe på deg : en annerledes historie om rus*. Gyldendal.
- Rice, J. S. (1996). *A disease of one's own. Psychotherapy, addiction and the emergence of co-dependency*. Transaction Publishers.
- Rosenberg, R. (2018, 27.01.18). The History of the Term, "Codependency". <https://blogs.psychcentral.com/human-magnets>. <https://blogs.psychcentral.com/human-magnets/2013/11/the-history-of-the-term-codependency/>
- Schaberg, W. H. (2019). *Writing the Big Book: The Creation of A.A* [Kindle]. Central Recovery Press, LLC.
- Svensson, B., Richert, T., & Johnson, B. (2019). Parents' experiences of abuse by their adult children with drug problems. *Nordic studies on alcohol and drugs* <https://doi.org/doi.org/10.1177/1455072519883464>
- Szalavitz, M. (2006a). *Help at any cost: how the troubled-teen industry cons parents and hurts kids*. Riverhead.
- Szalavitz, M. (2006b). The trouble with tough love. *Washington Post*. January, 29.
- Travis, T. (2010). *The Language of the Heart: A Cultural History of the Recovery Movement from Alcoholics Anonymous to Oprah Winfrey* [Kindle]. University of North Carolina Press. <https://tinyurl.com/yk7xxvzz>
- Trembacz, B. (2002). *Familier med alkoholmonstre. Forståelse, respekt, forandring*. Psykologisk Forlag.
- Weisner, C., & Room, R. (1984). Financing and ideology in alcohol treatment. *Social Problems*, 32(2), 167-184.
- White, W. (2011). Survivors of Straight, Inc.: An interview with Marcus Chatfield. <http://www.williamwhitepapers.com/pr/2011%20Marcus%20Chatfield.pdf>
- White, W., & Miller, W. (2007). The Use of Confrontation in Addiction Treatment. History, Science, and Time for Change. *Counselor*, 8(4), 12-30. <http://www.williamwhitepapers.com/pr/2007ConfrontationinAddictionTreatment.pdf>
- White, W., & Savage, B. (2005). All in the family: Alcohol and other drug problems, recovery, advocacy. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(4), 3-37.
- Wilson, L. (1979). *Lois Remembers: Memoirs of the Co-Founder of Al-Anon and Wife of the Co-Founder of Alcoholics Anonymous*. Al-Anon Family Group Headquarters, 1979. Al-Anon Family Group Headquarters, 1979.
- Wright, P. H., & Wright, K. D. (1991). Codependency: Addictive love, adjustive relating, or both? *Contemporary family therapy*, 13(5), 435-454.

Samspillsobservasjon i individualterapi med voksne som bruker vold i familien

Familievold må stoppes ved å arbeide terapeutisk med voldsutøverer. Samspillsobservasjon er et redskap som kan brukes når vold skal erstattes med utviklingstøttende omgivelser for barnet.

TEKST

Hans Christian Bollingmo¹ & Mette Sund Sjøvold¹
¹Alternativ til Vold Follo

KONTAKT

hans.christian@atv-stiftelsen.no

MERKNAD

Terapeuten er psykologspesialist Hans Christian Bollingmo. Pasienten, som er anonymisert, har godkjent og lest gjennom teksten.

Alternativ til Vold arbeider med vold i familien og tilbyr blant annet behandling til voksne som utøver vold, og til deres familiemedlemmer. Volden kan være fysisk, psykisk, seksualisert eller materiell. I familier der noen utøver vold, preger det alle familiemedlemmene og relasjonen mellom dem. I denne artikkelen ønsker vi å få fram hvordan samspillsobservasjon kan benyttes i individualterapi med voksne som bruker vold i familien. Det er utviklet ulike metoder for samspillsobservasjon. I terapien som omtales her ble Marschak interaksjonsmetode (MIM) benyttet. Det tas videoopptak av forelder og barnet som gjør bestemte leke- og omsorgsaktiviteter sammen. Barnets og forelderens væremåte og samhandling blir analysert ut fra et sett med kriterier, blant annet hvordan foreldre tar ledelse og skaper struktur, barnets samarbeidskapasitet, om og hvordan foreldre viser omsorg, og om barnet tar imot omsorgen. MIM har vist

seg nyttig i vurdering av kontakt, relasjon og utviklingsstøtte, og er en metode som krever opplæring og veiledning (Lindaman et al., 2000).

Fredrik tok kontakt med Alternativ til Vold (ATV) etter anbefaling fra en kommunal helsetjeneste. Det hadde nettopp blitt slutt med samboeren han har barn med, og han var helt knust. Han drakk mye, sov og spiste lite, hadde tanker om å ta livet sitt og så ganske mørkt



Utfordringer ved det å bli forelder er ofte en viktig motivasjonskilde for å søke behandling

på framtiden. Han ble ofte rasende og kastet møbler og gjenstander, kalte ekspartner for stygge ting og skrek til datteren Tuva på fire år. Dette er handlinger som faller inn under betegnelse psykisk og materiell vold, men han hadde i startfasen vanskelig for å forstå og erkjenne at det han gjorde, var vold.

Mange som forteller at de har brukt vold i familien, kan likevel ha utfordringer med å knytte voldsutøvelsen til et personlig problem. Vold er skamfullt å snakke om, både for den som utøver og den som blir utsatt. Alle som kommer til ATV, får i starten av behandlingen en gjennomgang av de ulike voldsformene med vekt på hva handlingene gjør med partner og barn. Mange kan da kjenne igjen erfaringer fra egen oppvekst. Forståelse av sammenhengen i voldens utvikling er viktig, samtidig som det vektlegges at utøver alltid har ansvar for den volden som utøves. Hovedfokus i ATVs behandling er å få stoppet volden.

Innledningsvis var ikke Fredrik så nysgjerrig på seg selv. Han var mer opptatt av å beskrive hvor håpløs ekspartner var, hva han opplevde var galt med henne, og at hun måtte ta sin del av skylden. Han fortalte at han følte seg som «den store stygge ulven». «Jeg må stå for det jeg har gjort, men det er ikke bare jeg som trenger å gå i terapi.» Det var nesten som denne «irriterende andre» var i rommet sammen med oss. Fredrik satt mimikkløs og resignert, samtidig som det så ut til å koke på innsiden mens han fortalte. Han sa at det var godt å komme til timer og luften ut denne frustrasjonen, mens jeg satt igjen med lite håp om endring. Hver gang jeg forsøkte å «trekke» ham med i noe som handlet om ham, havnet vi tilbake i den samme tralten der han klaget og jeg lyttet. Etter hvert begynte jeg å kjenne meg ganske mislykket som terapeut.

JEG VET IKKE OM JEG ORKER Å VÆRE PAPPA

Så skjedde det noe på slutten av en time. Fredrik snakket om fordeling av samvær med datteren, sukket dypt, så trist ut og sa «det er slitensomt med Tuva også, jeg vet ikke om jeg orker å være pappa». I et spontant innfall sa jeg «Dette må vi ta på alvor. Tenk på om du ønsker å være pappa til neste gang. Og hvis du finner ut at du vil det, så kan vi kanskje jobbe med hvordan det

kan bli lettere for deg å klare det». Han sa han skulle tenke på det. Jeg øynet et lite håp om at utsagnet hans om ikke å orke å være pappa kunne være en mulighet til å få til en samtale om noe som kunne bli et viktig tema i terapien. Noe som kunne handle om ham.

Fredrik kom tilbake neste time, så han hadde tenkt litt og kommet fram til at Tuva var det viktigste for ham. Vi ble enige om å bruke terapien til et slags «pappaprojekt», der målet var å skape trygghet for Tuva. Vi begynte å snakke om hvordan Fredrik ville være som pappa, og hvordan han opplevde forholdet til datteren.

Det ble et vendepunkt i behandlingen da det ble spørsmål om Fredrik faktisk orket å være pappa. Dette utsagnet kan forstås som en invitasjon fra klienten til å arbeide med personlig endring (Lømo et al., 2018). Fra kun å snakke om sin opplevelse av ekspartner som «den irriterende andre» (Lømo et al., 2018) kunne Fredrik nå i tillegg bli mer nysgjerrig på både Tuva og seg selv. Utfordringer ved det å bli forelder er ofte en viktig motivasjonskilde for å ønske behandling.

Vi definerer vold mot barn som enhver handling rettet mot barnet eller barnets trygghetspersoner som gjennom å skade, skremme eller krenke utgjør alvorlig risiko for barnets helse og utvikling (Sjøvold & Furuholmen, 2020). For Tuvas del var det av stor betydning at Fredrik nå ønsket å jobbe med å skape trygghet for henne. Hun hadde levd med at pappa hadde vært voldelig både mot mor og mot henne. Nå skulle hun delvis bo alene hos pappa, og det var viktig for hennes helse og utvikling at Fredrik ville jobbe med seg selv for å slutte å bruke vold og bli en tryggere pappa. Det var lettere for Fredrik å være oppmerksom på hva han ikke ville gjenta fra egen oppvekst, enn hva han kunne gjøre i stedet. At det er lettere å jobbe med hva man vil unngå som forelder, framfor hva man ønsker å få til, kommer også fram i forskning på fedre som går i voldsbehandling hos ATV (Mohaupt et al., 2021).

Fredrik hadde mange tanker om hvordan man absolutt ikke skal være pappa; han ville IKKE bli for sint og skremme datteren. Han ville IKKE kun være opptatt av resultat, og han ville IKKE at følelsene til barnet skulle ignoreres. Han underbygget dette med eksempler fra



sin egen oppvekst, som hadde vært preget av et sterkt krav om prestasjon og lite anerkjennelse av hans følelser og behov. Fredrik hadde prøvd og prøvd å oppnå de resultatene som ville utløse anerkjennelse fra faren hans, uten å lykkes i særlig grad. Det ble ikke bedre av at han hadde søsken som lyktes så mye bedre.

Fredrik fortalte om situasjoner der han ikke forsto hvorfor Tuva oppførte seg som hun gjorde. Mangelen på forståelse førte ofte til at han ble for hard og sint eller ga opp og trakk seg unna. Fredrik fortalte om flere slike uforståelige episoder. Vi avtalte at han skulle ta med seg Tuva til en samspillsobservasjon.

VOLDEN KOMMER TIL SYNE I SAMSPILLET

Analyse av samspillet viste en pappa som var dyktig til å strukturere aktiviteter og tilpasse utfordringene til Tuva. Samtidig var det få øyeblikk der Fredrik møtte Tuvas blikk. Vi så at Tuva var svært opptatt av å utføre alle oppgaver riktig. Hun hadde et smil som virket påklistret, og hun hadde høye, anspente skuldre. I timene etter at Fredrik hadde hatt med Tuva til samspillsopptak, ble det vist klipp som viste hans styrke når det gjaldt å skape struktur og veilede Tuva til å gjennomføre konkrete oppgaver. Det ble også vist klipp der Fredrik ble utfordret på å prøve å forstå hva Tuva følte eller opplevde, og hva hun kunne ha behov for av pappa for å kjenne seg trygg. Fredrik oppdaget at han strevde med å finne ord som beskrev hvordan Tuva kunne ha det inni seg. Han fortalte også at graviditeten, fødselen og den første tiden med Tuva var svært vanskelig for ham. Han fikk ikke til å roe henne, og det var ofte mor som tok over når det ble vanskelig. Han beskrev en frustrasjon over å ikke slippe til, ikke forstå og ikke få mulighet til å mestre. En frustrasjon som kunne ende i vold.

Opplevelse av mestring i foreldrerollen er viktig for å bli trygg som omsorgsperson, og for å kunne møte barnet – både når det har det bra, og når noe



er vanskelig. Opplevelse av ikke å mestre kan føre til at en trekker seg fra kontakt med barnet, møter det med mindre engasjement og følelsesmessig nærhet eller gir uttrykk for frustrasjon og sinne, noe som igjen påvirker barnets forventninger til omsorgspersonen (Sameroff, 2009). Å føle at man lykkes som forelder vil kanskje være enda viktigere når en gjennom oppveksten har erfart at prestasjon i alle sammenhenger er det som gir anerkjennelse og dermed økt selvfølelse, som i Fredriks tilfelle.

Den rådende modellen for å forstå relasjonell utvikling er Sameroffs transaksjonsprosess (Sameroff, 2009). Utvikling skjer gjennom at barn og foreldre gjensidig påvirker og endrer hverandre over tid. Barn vil alltid tilpasse seg det omsorgsmiljøet de lever i. Gjennom de tidlige relasjonserfaringene lærer barn hvordan de kan utløse best mulig omsorg fra sine foreldre. Ut fra observasjonene av Tuva og Fredrik og hvordan Fredrik beskriver relasjonen og vanskene sine med datteren, ser det ut til at Tuva har utviklet forventninger til at hun skal høre på instruksjoner og utføre oppgaver riktig. Hun har også erfart at pappa ikke hjelper henne når noe er vondt og vanskelig, og at han kan bli sint og skremmende om hun gir uttrykk for det. Hun har lært at det er tryggere om hun ikke viser hva hun føler, og kanskje vet hun ikke hva hun føler heller. Dette er ikke bevisst fra Tuvas side, men basert på gjentatte erfaringer med hva som utløser omsorg. Fredrik ønsker å være en annen



Det holder med andre ord ikke å slutte å bruke vold

type pappa enn den han selv hadde. Likevel ender han med å gjenta mye av det samme mønsteret i møte med eget barn. Slike vanskeligheter finner en hos mange fedre som utøver vold (Mohaupt et al., 2021).

Da Fredrik skulle begynne å øve på å se og bekrefte hva Tuva følte, framfor å være opp-tatt av hva hun gjorde, var det vanskelig fordi Tuva ikke viste hva hun følte overfor pappa. Hun hadde lært at hun måtte være på vakt for at pappa ikke skulle bli for sint. Fredrik hadde ikke erfaring med å forstå og forholde seg til følelser, og når Tuva ikke viste hva hun følte, ble det ekstra vanskelig for Fredrik. Han måtte få hjelp til å øve på å se og forstå Tuvas uttrykk, og erstatte prestasjonsfokus med et omsorgs- og trykghetsfokus. Å se og dvele ved samspillet på film var nyttig for å hjelpe Fredrik til både å utforske egne reaksjoner og handlinger, og de subtile signalene fra Tuva. Når et barn får gjentagende gode erfaringer med at forelderens som tidligere har brukt vold, prøver å forstå og gi støtte og trøst, vil barnet etter hvert kunne utvikle positive forventninger, noe som igjen gjør det lettere for forelderens å forstå barnets behov og gi god omsorg. Det kan ha gått lang tid uten vold, men konsekvensen av å ha levd med vold gjør at barnet likevel ikke kjenner seg trygg. At barnet fortsetter å framstå engstelig, kan være utfordrende for den voksne. Den voksne som jobber med seg selv og har sluttet å bruke vold, kan oppleve det som irriterende og urettferdig at barnet fortsetter å være utrygt og engstelig. Derfor er terapeutisk støtte i et slikt endringsarbeid svært viktig. Den voksne trenger hjelp til å forstå og møte denne utrykgheten hos barnet.

Det holder med andre ord ikke å slutte å bruke vold. For at voldelige handlinger skal erstattes med trygg omsorgsutøvelse, er det erfaringsmessig nyttig å jobbe terapeutisk med relasjonen mellom forelder og barn, ikke bare individuelt med den voksne. Ved også å gi behandling med utgangspunkt i samspill-sobservasjon vil terapeut og klient sammen kunne utforske hva klienten og barnet opplever

i ulike situasjoner, og hva barnet kan ha behov for. På den måten vil en lettere kunne jobbe med å erstatte volden med utviklingsstøttende handlinger. Når barnet erfarer at forelderens som tidligere var skremmende, faktisk kan være trygg og støttende, utvikler barnet mer positive forventninger og tydeligere uttrykk, hvilket gjør det lettere for forelderens å gi god omsorg. En positiv transaksjonsprosess er i gang. Det understrekes at det alltid er den voksne som har ansvar for å endre disse prosessene, og at det tar tid.

Fredrik erfarte tidlig at dette med barn var noe fremmed, et område som han ikke mestret like godt som sin partner. Allerede før fødselen hadde han utviklet forventninger til at det å være pappa var noe han kom til å mislykkes med. Denne mangelen på mestring i foreldre-rollen ble forsterket etter fødselen. Han fikk ikke til å trøste eller roe lille Tuva. Partneren var den som ga mat og som trøstet. Etter hvert erfarte Fredrik at Tuva foretrakk mamma. Slik fikk han gjentatte ganger bekreftet at han ikke lykkes, og dermed kom tanken om at han kanskje ikke orket å være pappa. Ofte kan det være mødrene som er «eksperten» på barneomsorg. Deres kunnskap kan være nyttig for fedrene, men kan også oppleves som en bekreftelse på at de ikke strekker til (Mohaupt et al., 2021). For Fredrik var mangel på mestringsfølelse spesielt vanskelig. Fredrik var «programmert» til å søke prestasjon. Han hadde erfart at det var gjennom å mestre og være best at han fikk oppmerksomhet, belønning og følelsen av å være verdt noe. Det å ikke få det til var et enormt nederlag.

Fredrik og jeg brukte flere timer på å se på samspillsopptaket sammen. Fredrik opptrådte helt annerledes enn i timene før vi snakket om å være pappa. Han satte seg ivrig ned i stolen og fortalte om flere situasjoner der han hadde prøvd å «gjette» hva Tuva følte eller opplevde. I de påfølgende timene snakket han mindre om den irriterende ekspartneren og mer om Tuva og sine egne reaksjoner. Han slukte alt av informasjon om hvordan være en trygg forelder, og hadde med seg nye erfaringer med strev eller mestring til hver time. Etter noen måneder avtalte vi å gjøre en ny samspillsobservasjon med Fredrik og Tuva for å se hvordan det gikk.

HAR DU IKKE KOMMET LENGER?

Det nye samspillsopptaket viste mer lekenhet og vitalitet mellom Fredrik og Tuva, og Fred-



rik virket mindre resignert og hjelpeløs. Men det mest framtreddende var fortsatt struktur, utfordring og prestasjon. Tuvas opplevelser, følelser og behov ble i liten grad møtt gjennom pappas handlinger. Det var som om språket og den mentale forståelsen han hadde tilegnet seg gjennom terapien, ikke ble omsatt til følelsemessig forståelse og handlinger som nådde fram til Tuva. «Har du ikke kommet lenger, vi som har hatt så gode samtaler?» tenkte jeg. Terapeuten fikk seg en liten knekk.

Vi snakket om hva vi skulle jobbe med videre. Fredrik sa han fortsatt ønsket å arbeide med papparollen. Han hadde skjont at Tuva trengte å bli sett, men han strevde med å sette det ut i praksis. Dette ble enda mer tydelig for ham da han fikk se klipp fra det nye samspillsopptaket. Vi avtalte at han skulle ta med seg situasjoner til hver time, og vi skulle jobbe enda mer konkret med hvordan han kunne forstå og møte datteren, i tillegg til å forstå seg selv og sine følelser og reaksjoner.

ENDRING TAR TID

Fredrik hadde øvd et helt liv på å prestere og legge til rette for å mestre oppgaver best mulig. Han hadde lite øvelse i å møte og anerkjenne følelser, opplevelser og behov – både hos seg selv og andre. Når en har øvd et helt liv på noe, er det ikke rart det tar tid å endre dette. Vi som behandlere må minne oss selv og hverandre på hvor vanskelig endring er, og at det er tidkrevende. I ATV er vi så heldige at vi kan tilpasse behandlingsforløpet til klienten, ta på alvor at endring er krevende, og at klienten trenger gjentatte erfaringer med nye handlingsmønstre for å automatisere disse. I individualterapi kan vi lett tro at klienten har kommet lenger i sitt endringsarbeid enn hen faktisk har. Klienten kan reflektere, ta til seg ord og språk som vi bruker, og fortelle om hendelser som gjør at vi tenker at nå har hen forstått og fått til en endring. Det betyr ikke at endring i atferd faktisk skjer. Voldelige handlinger er ofte uttrykk for maktesløshet og mangel på tilgang til andre handlingsmønstre. Når volden går ned, må en øve inn og trene på å bruke nye handlinger. Dette tar tid.

Fredrik og jeg jobbet sammen i cirka et halvt år etter det andre samspillsopptaket. Uke etter uke hadde Fredrik med seg nye situasjoner der han lurte på hva han kunne gjøre for at



Det kan ha gått lang tid uten vold, men konsekvensen av å ha levd med vold gjør at barnet likevel ikke kjenner seg trygg

Tuva skulle føle seg sett. Han fikk flere og flere erfaringer med å møte henne der hun var. I løpet av denne tiden fant han også ut at han ville omstrukturere jobbhverdagen sin. Han hadde ikke lenger møter tidlig på dagen, fordi han ville ha mer tid med datteren om morgenen. Han hadde også flere refleksjoner om hva han ville ha med seg og ikke fra egen oppvekst. Fredrik var i skikkelig arbeidsmodus. På et punkt sa han at vi hadde gode samtaler, men at det fortsatt var overføring til hverdagen som var det største problemet. Vi ble enige om at Fredrik hadde brukt lang tid, nesten et helt liv, på å øve seg på én måte å håndtere problemer på. Det ble derfor viktig at vi også feiret gevinstene Fredrik opplevde med Tuva. Han merket at datteren var mindre redd ham og søkte mer nærhet til ham, også når de hadde det vanskelig. Dette opplevde han som motiverende.

Etter en stund hadde Fredrik og jeg flere og flere timer der han sa «ting går egentlig ganske bra». Vi ble enige om gradvis å avslutte terapien. Han sa han ville avslutte, men at han samtidig var redd. Det ble vanskelig ikke å ha det sikkerhetsnettet samtalen hadde gitt. Vi trappet derfor gradvis ned og møttes etter hvert med noen måneders mellomrom, og avsluttet kontakten omtrent to år etter at vi møttes første gang. I den siste samtalen snakket vi om hva som hadde vært viktig for ham i tiden vi hadde hatt sammen. Interessant nok hadde vi begge hatt opplevelsen av at det å «ørke å være pappa» hadde vært et viktig vendepunkt i terapien. Han sa også at mange av voldsepisodene skjedde fordi han ikke klarte å uttrykke sine behov overfor partneren, eller ikke forsto hvilke følelser og behov datteren hadde. Han kunne fortsatt bli sint og frustrert, men dette resulterte ikke lenger i handlinger som skremte eller skadet andre.

Med et lurt smil takket han meg også for at jeg hadde holdt ut.

Terapeutens tålmodighet og empati kombinert med å fange opp invitasjoner til et prosjekt en kan jobbe med, er viktig for å danne en god arbeidsallianse (Lømo, 2018). Alt dette ga et solid grunnlag for å kunne starte voldsbehandling. Gjennom «pappaprojektet» kunne Fredrik utfordre seg selv sammen med en terapeut han hadde fått tillit til. Samspillopptakene ga både klient og terapeut mer konkret kunnskap om Fredriks voldsproblem, hva barnet trengte fra pappa, og hvordan det var for

pappa i de situasjonene. Dette kan ha gjort det lettere for Fredrik å forstå konsekvensene av volden han hadde utøvd, ta ansvar for den og se hvordan volden var knyttet til et personlig strev for ham selv. Det er alltid vanskelig å vurdere graden av endring og om den faktisk gagnar familien. Men å se samspill av barn og forelder sammen gjør det lettere å hjelpe den som utøver vold, til å bli nysgjerrig på seg selv i møte med barnet, og erstatte voldelige handlinger med trygg omsorgsutøvelse. Terapeuten hadde i dette tilfellet muligheten til å følge klientens kronglete vei mot endring, som tar tid. ✕

REFERANSER

- Lindaman, S. L., Booth, P. B., & Chambers, C. L. (2000). Assessing parent-child interactions with the Marschak Interaction Method (MIM). I K. Gitlin-Weiner, A. Sandgrund, & C. Schaefer (Eds.), *Play diagnosis and assessment* (pp. 371–400). John Wiley & Sons, Inc.
- Lømo, B., Haavind, H. & Tjersland, O. A. (2018). From resistance to invitations: How men voluntarily in therapy for intimate partner violence may contribute to the development of a working alliance. *Journal of interpersonal violence*, 33(16), 2579–2601.
- Mohaupt, H., Duckert, F. & Askeland, I. R. (2021). How Do Memories of Having Been Parented Relate to the Parenting-Experience of Fathers in Treatment for Intimate Partner Violence? A Phenomenological Analysis. *Journal of Family Violence*, 36(4), 467–480.
- Sameroff, A. (2009). *The transactional model*. American Psychological Association.
- Sjøvold, M. S. & Furuholmen, K. G. (2020). *De minste barnas stemme: sped- og småbarn utsatt for vold og omsorgssvikt* (2. utgave.). Universitetsforlaget.

Infodemi og pandemisk risikopersepsjon

Subkulturer som finner fellesskap gjennom konspirasjonsteorier, kan forklare noe av den pågående vaksine-motstanden internasjonalt. For fremtidig kriseberedskap blir det viktig å kartlegge hvordan digitalt utenforskap spiller inn på dette bildet.

TEKST Rune Johan
Krumsvik & Øystein
Olav Skaar

KONTAKT
rune.krumsvik@
psych.uib.no

KUNNSKAPSGRUNNLAGET om covid-19 viser at risikoen for alvorlig sykdom er mye høyere for de som velger å forbli uvaksinerte, enn for de som velger å ta koronavaksinen (Folkehelseinstituttet, 2021a). Likevel velger flere å ikke vaksinere seg – av ulike grunner.

Samtidig har pandemien så langt vist oss at når man tar et valg for sin egen del, tar man også et valg som får følger for mange andre. Når valgene man tar, tidvis baserer seg på desinformasjon forkledd som objektiv vaksineinformasjon (som florerer på nettet), er det nødvendig se nærmere på om vaksinemotstand også handler om pandemisk risikopersepsjon og digital kompetanse.

Vi lever i en tid hvor vi kjemper mot en usynlig fiende, og alle vil vi bli kvitt pandemien, men det er ulike syn på hvordan dette skal gjøres. Etter snart to år har erfaringene fra pandemien vist oss at det er ingen enkle svar på de store spørsmålene, som berører både epistemologiske, etiske, helsemessige, samfunnsøkonomiske og

utdanningsmessige forhold. Den omfattende nedstengningen av samfunnet har vært nødvendig mellom annet fordi 7.3 % av befolkningen (over 18 år) ikke vil ta koronavaksinen (Folkehelseinstituttet, 2022a), og de siste ukene har cirka 50–60 % av intensivpasientene med covid-19 vært uvaksinerte (Folkehelseinstituttet, 2022a). Ut fra beregninger fra FHI har disse uvaksinerte syv ganger høyere risiko for å havne på sykehus med covid-19 enn vaksinerte (Folkehelseinstituttet, 2021a). Det er med andre ord en risikosport å forbli uvaksinert, og det blir derfor stadig viktigere å finne ut mer om hvordan pandemisk risikopersepsjon og vaksinevillighet blir konstituert og sosialt konstruert i vår digitaliserte hverdag. Siden offentlig helseinformasjon i stadig større grad publiseres digitalt, er det ikke lenger bare utdanningssektoren, men også helsesektoren som må legge vekt på digital kompetanse i et livslangt læringsperspektiv.

Vår risikopersepsjon sier noe om hva vi oppfatter som trygt eller utrygt. Risikopersepsjon

og atferd henger sammen, der høy oppfattet risiko ofte medfører at man unngår det som oppleves som utrygt. Det kan være stor avstand mellom opplevd og reell risiko. For eksempel kan et strikkhopp oppfattes som svært risikofyllt, mens den objektive risikoen er lav. Ser vi nærmere på den daglige risikopersepsjonen hos den generelle befolkningen, er den på noen arenaer preget av en kognitiv dissonans. Vi velger nemlig svært ofte mer risikofyllt atferd enn vi kunne ha gjort, flere ganger om dagen. Vi kjører fortere, drikker mer, snuser/røyker mer, spiser mer, stresser mer, mosjonerer mindre og så videre – selv om vi er klar over helserisikoen. En av grunnene til dette kan være et vanlig kognitivt bias, det Sharot (2011) omtaler som et optimisme-bias, der man blant annet har lettere for å undervurdere egen risiko sammenlignet med andres. For eksempel fant Wise et al. (2020) at rundt 8,5 % ($N = 1591$) av respondentene i en tverrsnittstudie på beskyttende atferd viste liten endring i atferd under de første ukene av pandemien, at de opplevde sannsynligheten for å bli smittet som lav, og ikke minst viste liten interesse for å tilegne seg informasjon om viruset. Dersom et individ tenderer mot å tenke at covid-19 er noe som skjer *andre*, og således har lav risikopersepsjon på egne vegne, kan individets påfølgende atferd føre til økt risiko for samfunnet for øvrig. Under pandemien kan dette manifestere seg ved at de som tar vaksinen, reduserer egen og andres helserisiko, mens de som ikke tar vaksinen, bidrar til å øke både egen og andres helserisiko. Samtidig kan vaksinemotstandere være premissleverandører for denne subgruppen når det gjelder hvordan man skal håndtere pandemien. Selv om det kan være flere grunner til vaksinemotstand, virker det som denne konstitueres i stadig større grad via ulike digitale plattformer. Nettbasert desinformasjon kan være lett å internalisere dersom man ikke har tilstrekkelig digital kompetanse og kildekritisk dømmekraft. Både Verdens helseorganisasjon (2021) og UNESCO (Posetti & Bontcheva, 2020) peker derfor på at digital kompetanse er ett av flere element som kan påvirke holdninger og risikopersepsjon til de uvaksinerte under en pandemi. Men hvordan utspiller dette seg, og hva viser kunnskapsgrunnlaget på området?

Vår forskningsgruppe *Digitale læringsfellesskap* (2022) ved Universitetet i Bergen har de siste 15 årene forsket på digital kompetanse i utdanningssektoren og på nærliggende digitale tema innen helseutdanning. Dette har klare likhetstrekk med det man i dag kaller digital helsekompetanse (digital health literacy). Våre funn viser at den digitale kompetansen er en generisk kompetanse som består av elementære digitale ferdigheter, men også kildekritisk dømmekraft, selvregulering, læringsstrategier og dannelsingsaspekt. Det tar tid å utvikle digital kompetanse, uavhengig av om man er innenfor utdannings- eller helsesektoren. Dette gjelder også i rollen som medborger i et stadig mer heldigitalisert samfunn. Den nasjonale strategien «Digitalt hele livet» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet [KMD], 2021) understreker at pandemien har gjort det tydelig at digitaliseringen av samfunnet forutsetter at borgere mestrer å navigere i en multimedial, kompleks hverdag med et mylder av informasjonskanaler, sosiale medier og digitale plattformer. Både pandemiinformasjon, koronarestriksjoner, koronatestsvar, koronapass, karanteneregler med mer blir jevnlig oppdatert på ulike plattformer, som Helsenorger og Helsemyndighetenes nettsider. Derfor har 40 prosent av innbyggerne her til lands opplevd å ha et større behov for digital kompetanse under pandemien (KMD, 2021). Samtidig ser man at det finnes digitalt utenforskap og digitale skiller i befolkningen, og hvor «koronapandemien kan ha bidratt



Når man stadig blir eksponert for enorme mengder koronainformasjon, som kan endre seg fra en dag til en annen, blir selvregulering en særlig viktig del av den digitale kompetansen





Cyberhypokondri er et selvforsterkende klinisk fenomen, der søk etter medisinsk informasjon fører til økt angst for egen helse

til å øke det digitale klasses skillet ved at enkelte grupper i samfunnet nå ikke har tilstrekkelig digital kompetanse» (KMD, 2021, s. 5). Dermed blir det stadig viktigere å se nærmere på hvordan digital kompetanse påvirker den pandemiske risikopersepsjonen og vaksinasjonsvilligheten.

Samtidig berører ulike syn på vaksiner mer dyptgående epistemologiske og etiske spørsmål, hvor digital kompetanse og kildekritisk dømmekraft er med på å konstituere våre holdninger og vår risikopersepsjon rundt vaksinespørsmål. I dette bildet blir man stadig påminnet om viktigheten av kildekritikk, av hva som er pålitelige kilder, og hva som kan være konspiratoriske kilder med desinformasjon («fake news»), og hvordan man skal forholde seg til den enorme informasjonsmengden som pandemien skaper. Verdens helseorganisasjon (WHO) har sett en stadig eskalering og kaller det «infodemi», altså en overflod av informasjon under pandemier, hvor noe av denne er kunnskapsbasert, mens mye er feilaktig informasjon (Verdens helseorganisasjon, 2021). WHO beskriver dette som en egen drivkraft under pandemien, og Cuan-Baltazar et al. (2020) hevder at denne infodemien sprer seg raskere enn selve viruset. Ved inngangen til året uttrykker The Lancet (2022) en bekymring for infodemien, og tidligere har Zarocostas (2020) hevdet at spesielt sosiale medier, men også tradisjonelle massemedier, bidrar til spredning av desinformasjon under pandemier. Guidry et al. (2017) sine funn rundt ebolaepidemien i 2013–16 avdekket at selv om desinformasjon var utbredt på Instagram og Twitter under utbruddet, tok man i liten grad tak i det problematiske ved dette. Studien finner likevel at Instagram kan være en viktig plattform for å nå ut med kvalitetssikret helseinformasjon globalt, men både Centers for Disease Control and Prevention (CDC), WHO og Doctors without Borders (MSF) postet få innlegg for å imøtegå den desinformasjonen som ble spredt under ebolaepidemien (Guidry et al., 2017).

Flere studier (Bora et al., 2018; Pandey et al., 2010; Pathak et al., 2015) finner at også YouTube var en kilde til desinformasjon under tidligere pandemier og epidemier, som svineinfluensa (H1N1), ebola og zika. En studie av Li et al. (2020) fant at mer enn en fjerdedel av de mest populære covid-19-videoene på YouTube inneholdt desinformasjon. Hovedkonklusjonen var at «... public health agencies must better use YouTube to deliver timely and accurate information and to minimise the spread of misinformation. This may play a significant role in successfully managing the COVID-19 pandemic» (Li et al., 2020, s. 1). En annen studie av D'Souza et al. (2020) viser til lignende tendenser, og også her blir det nevnt at helsemyndigheter i større grad bør kvalitetssikre og publisere mer hyppig helseinformasjon om covid-19 på digitale plattformer og sosiale medier for å imøtegå desinformasjonen som finnes der. Når det gjelder offentlige helsemyndigheters faktavideoer på YouTube under covid-19, hadde de et relativt lite publikum (Li et al., 2020), noe som kan gjenspeile både hvordan algoritmene skaper oppmerksomhet eller ikke, samt digitalt utenforskap og en manglende kildekritisk dømmekraft i deler av befolkningen. Her til lands viser for eksempel Innbyggerundersøkelsen 2019 (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2020) at digitalt utenforskap kan ha konsekvenser for konsum av offentlig helseinformasjon og medborgerskap. Derfor blir det viktig i tiden fremover å undersøke om dette også påvirker borgeres risikopersepsjon og vaksinevillighet under pandemier.

Som WHO (2021) er også UNESCO svært bekymret for infodemien: «access to reliable and accurate information is critical at the best of times,

but during a crisis such as the ongoing COVID-19 pandemic, it can be a matter of life and death» (Posetti & Bontcheva, 2020, s. 1). Både WHO og UNESCO er tydelige på at digital kompetanse i befolkningen er viktigere enn noensinne for å unngå en ytterligere eskalering av infodemien. Studier fra Cuan-Baltazar et al. (2020) finner at overfloden av desinformasjon om covid-19 på sosiale medier og internett generelt, kombinert med mangel på digital kompetanse og kildekritisk dømmekraft, har fått bekymringsfulle utfall, spesielt panikkjøp av varer i butikker, kjøp av medisinsk utstyr eller medisiner, og enda verre: å ta medisin uten resept fra lege. I første del av pandemien registrerte man på sosiale medier både internasjonalt og i Norge en overdreven tro på at noen typer vitaminer og mineraler, eller medikament for andre sykdommer (for eksempel malaria), kunne motvirke eller kurere covid-19. Globale helsemyndigheter, som WHO (2021), har avvist og advart mot denne desinformasjonen. Andre eksempler er feiltolkning av helseinformasjon, for eksempel at munnskyllevann/munnspray kunne forhindre covid-19-smitte mellom mennesker, selv om kunnskapsgrunnlaget (Cavalcante-Leão et al., 2021) ikke understøttet dette (men produktene kan gi virusreduksjon i munnhulen i forbindelse med tannlegebesøk). Samtidig illustrerer eksemplene hvor viktig det er at kriseberedskapen når ut med balansert informasjon på digitale plattformer og sosiale medier, slik at ikke desinformasjon brer om seg og gir grobunn for diskutabile holdninger og risikopersepsjon i deler av befolkningen.

Et annet problem, som blant annet FN har satt på dagsordenen, er at covid-19 kan være med på å øke de digitale skillene globalt. Både FN (2021) og Crawford og Serhal (2020) peker på at digitale skiller kan medføre at digital helseinformasjon om covid-19 blir lite tilgjengelig for sårbare grupper og vanskeligstilte i samfunnet, noe som igjen kan gi grunnlag for lavere helsekunnskap, feiltolkninger, misforståelser og helseulikhet. De peker på at manglende digital kompetanse hos sårbare grupper er en av flere faktorer som kan legge sten til byrden for en allerede utsatt gruppe. Midtgård et al. (under utgivelse) finner at de digitalt sårbare kjennetegnes mellom annet ved at de har tilgangsbARRIERER (manglende tilgang på digitalt utstyr og internett, mangel på personlig veiledning og nettverk) og helseutfordringer, noe

som kan medvirke til digitalt utenforskap og digitale skiller.

Fagherazzi et al. (2020) peker på at «digital tools can provide collective public health benefits; however, they may be intrusive and can erode individual freedoms or leave vulnerable populations behind» (s. 1). Lav helsekunnskap øker også risikoen for psykologiske problemer – spesielt når sårbare personer møter motstridende informasjon og oppsiktsvekkende overskrifter i mediene. Overeksponering for bobler i sosiale medier, med sitt algoritmestyrt vesen (hvor man blir eksponert for det som «trender»), ryktespredning og desinformasjon forstørres som følge av nedstengningen under en langvarig pandemi og kan også påvirke individers risikopersepsjon. Et eksempel på dette er at enkelte sosiale medier, som Twitter, merker fagfelleverdert vitenskapelige studier som «inappropriate content», ettersom markedsføringsstrategien til Twitter bare lar myndigheter, og et utvalg nyhetsmedier, promotere kunngjøringer knyttet til covid-19 (Eysenbach, 2020).

Siden covid-19 er et nytt virus, har man sett både nasjonalt og internasjonalt at kunnskapsgrunnlaget først har vært begrenset, men at det har økt utover pandemien. Dermed har man under en langvarig pandemi fått stadig nye endringer i anbefalinger og restriksjoner, noe som kan ha ført til en pandemitrøtthet blant folk. Eysenbach (2020) finner at slike hyppige endringer i anbefalinger, retningslinjer og restriksjoner kan i noen land være en potensiell kilde til mistillit til helsemyndighetene og nøre opp under en gryende apati, hvor pandemitrøtte folk etter hvert ikke følger retningslinjene. Dette blir selvsagt ikke bedre av at det dukker opp uventede plager blant de som har vært smittet av korona, som forbigående redusert smaks- og luktesans, luftveisplager og hjernetåke (Folkehelseinstituttet, 2022b), samt en økt forekomst av menstruasjonsforstyrrelser hos unge kvinner etter vaksinasjon mot korona (Folkehelseinstituttet, 2021b).

Når man stadig blir eksponert for enorme mengder koronainformasjon, som kan endre seg fra en dag til en annen, blir selvregulering en særlig viktig del av den digitale kompetansen. Man kan rett og slett bli kognitivt overlesset av koronainformasjon. For eksempel fant McMullan et al. (2019) i sin metaanalyse en moderat sammenheng mellom helseangst »

og søking etter helseinformasjon på internett og sosiale medier. Det er også funnet en sterk sammenheng mellom helseangst og cyberhypokondri (Mathes et al., 2018). Cyberhypokondri er et selvforsterkende klinisk fenomen, der søk etter medisinsk informasjon fører til økt angst for egen helse, noe som igjen leder til nye søk for å dempe denne angsten (Starcevic & Berle, 2013).

I en spesiell tid preget av både ontologisk og epistemologisk usikkerhet er det viktig at man forstår mer av hvordan en pandemisk risikopersepsjon konstitueres i befolkningen i et digitalisert samfunn. Her til lands er mye håndtert på en god måte, men det er likevel viktig å få mer kunnskap om hvordan folks risikopersepsjon og vaksinevillighet konstitueres for å få til en vellykket risikokommunikasjon under pande-

mier. Man må derfor ha en kriseberedskap som tar mer høyde for at digitaliseringen forutsetter at borgere håndterer å navigere i en stadig mer multimedial, kompleks hverdag, der de må forholde seg til et mylder av sosiale medier og digitale plattformer. Dette krever en digital kompetanse slik at den pandemiske risikopersepsjonen ikke baseres på desinformasjon fra usikre kilder på nettet, men på kvalitetssikret informasjon fra helsemyndighetene. Derfor er det viktig at helsesektoren setter digital kompetanse på agendaen fremover for å redusere digitalt utenforskap og digitale skiller. Man må også forstå mer av hvordan uvaksinerte forholder seg til *signifikante andre* på nettet og i nære relasjoner, og hvordan disse påvirker de vaksinevalg som blir tatt, slik at vi får et bedre kunnskapsgrunnlaget rundt dette. ❌

REFERANSER

- Bora, K., Das, D., Barman, B. & Borah, P. (2018). Are internet videos useful sources of information during global public health emergencies? A case study of YouTube videos during the 2015–16 Zika virus pandemic. *Pathogens and Global Health*, 112(6), 320–328. <https://doi.org/10.1080/20477724.2018.1507784>
- Cavalcante-Leão, Bl., de Araujo, C., Basso, I., Schroder, A., Guariza-Filho, O., Ravazzi, G., Gonçalves, F., Zeigelboim, B., Santos, R. & Stechman-Neto, J. (2021). Is there scientific evidence of the mouthwashes effectiveness in reducing viral load in Covid-19? A systematic review. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, e179–e189. <https://doi.org/10.4317/jced.57406>
- Crawford, A. & Serhal, E. (2020). Digital Health Equity and COVID-19: The Innovation Curve Cannot Reinforce the Social Gradient of Health. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e19361. <https://doi.org/10.2196/19361>
- Cuan-Baltazar, J. Y., Muñoz-Perez, M. J., Robledo-Vega, C., Pérez-Zepeda, M. F. & Soto-Vega, E. (2020). Misinformation of COVID-19 on the Internet: Infodemiology Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18444. <https://doi.org/10.2196/18444>
- De forente nasjoner. (2021, 8. februar). *As COVID-19 Exposes Global Disparities, Closing Digital Gap Key for Achieving Sustained Equitable Growth, Speakers Say as Social Development Commission begins Annual Session*. <https://www.un.org/press/en/2021/soc4890.doc.htm>
- Digitale læringsfellesskap. (2022). *Digitale læringsfellesskap*. <https://www.uib.no/en/rg/dlc>
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2020). *Innbyggerundersøkelsen 2019. Hva mener brukerne?* (DFØ-rapport 2020:02). <https://dfo.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2019>

- D'Souza, R. S., D'Souza, S., Strand, N., Anderson, A., Vogt, M. N. P. & Olatoye, O. (2020). YouTube as a source of medical information on the novel coronavirus 2019 disease (COVID-19) pandemic. *Global Public Health*, 15(7), 935–942. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1761426>
- Eysenbach, G. (2020). How to Fight an Infodemic: The Four Pillars of Infodemic Management. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e21820. <https://doi.org/10.2196/21820>
- Fagherazzi, G., Goetzinger, C., Rashid, M. A., Aguayo, G. A. & Huiart, L. (2020). Digital Health Strategies to Fight COVID-19 Worldwide: Challenges, Recommendations, and a Call for Papers. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e19284. <https://doi.org/10.2196/19284>
- Folkehelseinstituttet. (2021a, 9. desember). *COVID-19: Ukerapport – uke 48*. <https://www.fhi.no/content/assets/8a971e7b0a3c4a06bdf381ab52e6157/vedlegg/2021/ukerapport-uke-48-29.11--05.12.21.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2021b, 21. desember). *Økt forekomst av menstruasjonsforstyrrelser hos unge kvinner etter vaksinasjon mot korona*. <https://www.fhi.no/studier/ungvoksen/okt-forekomst-av-menstruasjonsforstyrrelser-hos-unge-kvinner-etter-vaksinas/>
- Folkehelseinstituttet. (2022a, 13. januar). *Korona-vaksinasjon – Statistikk*. <https://www.fhi.no/sv/vaksine/koronavaksinasjonsprogrammet/korona-vaksinasjonsstatistikk/>
- Folkehelseinstituttet. (2022b, 1. oktober). *Mer hjerne- og luftveisplager etter covid-19 enn ellers*. <https://www.fhi.no/nyheter/2022/mer-hjerne--og-luftveisplager-etter-covid-19-enn-ellers/>
- Guidry, J. P. D., Jin, Y., Orr, C. A., Messner, M. & Meganck, S. (2017). Ebola on Instagram and Twitter: How health organizations address the health crisis in their social media engagement. *Public Relations Review*, 43(3), 477–486. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2017.04.009>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2021). *Digitalt hele livet. Nasjonal strategi for økt digital deltagelse og kompetanse i befolkningen*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/8f8751780e9749bfa8946526b51f10f4/digital-hele-livet.pdf>
- Lancet. (2022). The state of science and society in 2022. *The Lancet*, 399(10319), 1. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02870-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02870-1)
- Li, H. O.-Y., Bailey, A., Huynh, A. & Chan, J. (2020). YouTube as a source of information on COVID-19: A pandemic of misinformation? *BMJ Global Health*, 5(5), e002604. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002604>
- Mathes, B. M., Norr, A. M., Allan, N. P., Albanese, B. J. & Schmidt, N. B. (2018). Cyberchondria: Overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Research*, 261, 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.002>
- McMullan, R. D., Berle, D., Arnáez, S. & Starcevic, V. (2019). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 270–278. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.037>
- Midtgård, T. M., Sand, K., Thun, S., Helland, G. H. & Ose, S. O. (under utgivelse). *Digital ekskludering i NAV – hvem, når, hvordan?* SINTEF-rapport.
- Pandey, A., Patni, N., Singh, M., Sood, A. & Singh, G. (2010). YouTube As a Source of Information on the H1N1 Influenza Pandemic. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), e1–e3. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.007>
- Pathak, R., Poudel, D., Karmacharya, P., Pathak, A., Mahmood, M., Aryal, M. & Donato, A. (2015). YouTube as a source of information on Ebola virus disease. *North American Journal of Medical Sciences*, 7(7), 306. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.161244>
- Posetti, J. & Bontcheva, K. (2020). *DISINFODEMIC: Deciphering COVID-19 disinformation* (Nr. 1; Policy brief). UNESCO. https://en.unesco.org/sites/default/files/disinfodemic_deciphering_covid19_disinformation.pdf
- Sharot, T. (2011). The optimism bias. *Current Biology*, 21(23), R941–R945. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2011.10.030>
- Starcevic, V. & Berle, D. (2013). Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205–213. <https://doi.org/10.1586/ern.12.162>
- Verdens helseorganisasjon. (2021, 5. mai). *Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Mythbusters*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>
- Wise, T., Zbozinek, T. D., Michelini, G., Hagan, C. C. & Mobbs, D. (2020). Changes in risk perception and self-reported protective behaviour during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States. *Royal Society Open Science*, 7(9), 200742. <https://doi.org/10.1098/rsos.200742>
- Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *The Lancet*, 395(10225), 676. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)



Derfor er det viktig at helse-sektoren setter digital kompetanse på agendaen fremover for å redusere digitalt uten-forskaps og digitale skiller

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 VOL. 59 NR. 03 S. 198-205 DOI: <https://doi.org/10.52734/e4t74RZ6>

Klinisk utprøving av WISC-V

Jens Egeland^{1,2}, Olaf Lund¹ & Tor Herman Andreassen¹

Sammendrag

Bakgrunn: Det er behov for kliniske valideringsstudier av WISC-V med særlig fokus på forhold som har vist seg problematiske i tidligere versjoner av Wechsler-testene. Vi undersøkte vanskegraden av ledd i verbalprøvene, femfaktorløsningens likhet på tvers av aldersgrupper og kjønn, hvorvidt innføringen av Bildehukommelse gir tilstrekkelig varians i måling av arbeidsminne til å forsvare en ny test, og hvorvidt leddene i deltestene måler konsistent samme egenskap, eller om Cronbachs alfa kan økes ved å ta ut enkeltledd.

Metode: To hundre og trettisju WISC-V-protokoller fra barn ved BUPA, Sykehuset i Vestfold er inkludert, hvorav en tredel jenter. Statistiske analyser var frekvensopptellinger, eksploratorisk faktoranalyse splittet opp i to aldersgrupper og kjønn, scatterplot av sammenhengen mellom tallhukommelse og bildehukommelse og beregning av Cronbachs alfa.

Resultater: Verbalprøvenes vanskegrad fulgte med noen små avvik en lineær fallende kurve. Faktoranalysen viste i hovedsak invarians på tvers av aldersgrupper og kjønn. Kun førtitre prosent av de med minst lett redusert tallhukommelse hadde tilsvarende redusert bildehukommelse, hvilket bidrar til mer nyansert undersøkelse av arbeidshukommelse. Cronbachs alfa var tilfredsstillende.

Konklusjon: oppsummert tyder resultatene på at testen har gode psykometriske egenskaper, også i et klinisk utvalg.

Nøkkelord: WISC-V, faktorstruktur, Flytende resonnering, Arbeidshukommelse

¹ Klinikk psykisk helse og avhengighet, Sykehuset i Vestfold HF
² Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT

jens.egeland@siv.no

MERKNAD

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

FAGFELLEVDERT

Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) har i mange år vært den mest brukte kognitive testen for barn i Norge (Ryder, 2021; Vaskinn & Egeland, 2012). Testen har utviklet seg betydelig i de 72 årene som har gått fra den første utgaven i USA. Opprinnelig målte den et relativt homogent konstrukt kalt intelligens, riktignok oppdelt i verbale evner og utføringsevner. Fra 70-tallet har testen vært gjenstand for mange faktoranalyser. I den reviderte versjonen (WISC-R) avdekket Kaufman (1979) en tredje faktor kalt Freedom from distractibility. Han lanserte slagordet *intelligent testing* heller enn intelligens-testing ved å hevde at det er relative styrker og svakheter i evneprofilen som er mest nyttig for å forstå pasienten og kunne treffe målrettede tiltak. Målsettingen var ikke primært å klassifisere, men å forstå læreforutsetningene til pasienten. Denne tenkningen er brakt videre i ytterligere revisjoner og har nådd sitt foreløpige høydepunkt ved lanseringen av den femte versjonen i USA i 2014 og i Norge fra 2017. WISC-V er bygd opp for å måle fem aspekter ved generell evne. I tillegg til de fire faktorene som allerede var innbakt i WISC-IV, pretenderer testen nå å måle Flytende resonnering. Dette begrepet er tatt fra Cattell-Horns dikotomi mellom flytende og krystalliserte ferdigheter (Schneider & McGrew, 2012). Mens krystalliserte ferdigheter er faktisk kunnskap tilegnet gjennom skole og akkultureringsprosesser, er potensialet for utvikling av flytende resonnering medfødt og biologisk forankret (Kent, 2017). Femfaktorløsningen er funnet i faktoranalyser foretatt av testutgiverne av mer enn ti ulike nasjonale standardiseringer verden over (Van de Vijver et al., 2019), mens en rekke uavhengige forskere har rapportert at de finner at den gamle firefaktorløsningen fra WISC-IV fortsatt passer best (Canivez et al., 2017).

Mens alle Wechsler-testene frem til nå har undersøkt arbeidshukommelse kun med språklige tester, har WISC-V nå inkorporert en visuell arbeidshukommelsestest kalt Bildehukommelse. Begrepet arbeidshukommelse har over tid blitt mer viktig for å forstå læreforutsetninger. I en rekke høyfrekvente tilstander hos barn er vansker med arbeidshukommelse vanlig og har stor betydning for å forstå funksjonsvanskene. Mest fokus har det vært på ADHD (Fosco et al., 2020). Imidlertid er svikt i verbal arbeidshukommelse typisk for lese- og skrivevansker, som jo er en mer høyfrekvent tilstand enn ADHD (Ne'eman & Shaul, 2021). Måling av arbeidshukommelse kun i den auditive modaliteten kan lede til falskt positive diagnostiseringer av oppmerksomhetsvansker. Tidligere versjoner av WISC har da også vist at barn med ADHD ikke skårer svakere på Arbeidshukommelsesindeksen enn på andre indekser (Egeland et al., 2006). I analyse av de auditive minnespenn-prøvene fra WAIS-IV sammen med visuelt min-

nespenn fra Wechslers Memory Test fremsto modalitet (auditivt vs. visuelt) som den viktigste distinksjonen, og det ble rådet til å ikke si noe generelt om arbeidshukommelse uten å ha testet i begge modaliteter (Egeland, 2015). Det gir WISC-V for første gang mulighet til. Vi skal i denne kliniske utprøvingen av WISC-V se hva introduksjonen av en visuell test betyr i praksis for vurdering av arbeidshukommelsesferdigheter.

Det er meget komplisert å standardisere en norsk, eller i dette tilfellet: en skandinavisk, versjon av WISC. Psykologer som bruker testen, vil lese seg opp på internasjonale forskningsartikler for å lære å fortolke testen, og det er da viktig at den lokale versjonen måler det samme overalt i verden. Den må være godt normert, den må ha samme faktorstruktur som den opprinnelige versjonen, og den må kunne måle riktig på ulike kognitive ferdighetsnivåer. Den må være valid og reliabel, det vil si at den må måle det den pretenderer å måle, og den må gjøre det slik at ulike testere vil komme til samme resultat. Dette er særlig viktig for evnetester som gir grunnlag for fordeling av milliarder av kroner i spesialundervisning, og det er en forutsetning for diagnostisering av psykisk utviklingshemming, som kan oppleves som stigmatiserende. Det er mange eksempler på hvordan utilstrekkelig standardisering kan gi målefeil med store konsekvenser. Det mest dramatiske eksempelet er at WISC-III overdiagnostiserte psykisk utviklingshemming (Sundberg et al., 2006), noe som fikk konsekvenser for mange voksne med egne barn, da barnevernet overtok omsorgen med henvisning til denne diagnosen. Graves et al. (2020) understreker at forskere har en etisk forpliktelse til å sjekke kvaliteten av mye brukte tester uavhengig av de kommersielle eierne.

Med dette som bakteppe vender vi tilbake til WISC-V og til de forhold vi undersøker i denne kliniske valideringen av testen.

1. Er det jevnt over økende vanskegrad av de norske verballedene?

Ved oversettelse av en evnetest må de språklige leddene tilpasses den kulturelle konteksten. Leddene må oversettes, og noen må tas ut fordi de ikke passer i en skandinavisk sammenheng. Det må lages nye ledd, og leddene må rangeres ut fra vanskegrad. Både i WISC-V og i tidligere Wechsler-test-normeringer har rangeringen av de språklige leddene vært gjort på normeringsutvalget. Det er problematisk fordi nær sagt hele normeringsutvalget skal greie de innledende leddene. Å bruke friske gjennomsnittspersoner til å rangere vanskegraden av ledd som skal besvares riktig av 95–98 %, er problematisk fordi det krever et svært stort normeringsutvalg for å få til en reliabel rangering. Feil i rangeringen kan føre til at personer kan nå kuttepunktet for avslutning av

testingen prematurt, altså at de hadde greid flere ledd som de ikke blir spurt om, fordi de faller ut på vanskelige inngangsløst. Dette er et problem med WAIS-IV, der det i starten blir stilt en rekke geografi-spørsmål som viser seg å være særlig vanskelige for personer med lærevansker (Egeland, 2014). Siden det i flere Wechsler-tester er problematisk å rangere vanskegrad, har vi tidligere foreslått at rangeringen må gjøres i et klinisk utvalg, slik at den blir mer reliabel for personer med lærevansker (Egeland et al., 2009). Dette er ikke hensyntatt i WISC-V, men i denne kliniske utprøvingen gjør vi det.

2. Er det invarians i faktorstruktur?

WISC-V pretenderer å måle fem aspekter ved intellektuell funksjon. Det har vært omstridt om den faktiske gjør det. En rekke studier av Canivez og Watkins gruppe (Canivez et al., 2017; Canivez et al., 2020) har ikke gitt støtte for femfaktormodellen, mens studiene gjort i forbindelse med de ni ulike nasjonale normeringene som er gjort så langt, har gitt støtte for faktorstrukturen (Weiss, Holdnack et al., 2019). Det kan virke overraskende og lite tillitvekkende at uavhengige faktoranalyser ikke gir støtte, mens de som er publisert av eierne, gjør det, men det handler i vesentlig grad om at to skoleretninger bruker ulik type statistikk. De nåværende utgiverne av Wechsler-testene er svært påvirket av et nevropsykologisk paradigme, der det er viktig i klinikken å se på styrker og svakheter og skreddersy tiltak for spesifikke lærevansker, arbeidshukommelsesvikt eller nedsatt tempo. De tester ut hierarkiske eller korrelerte faktormodeller som har til hensikt å avdekke gruppefaktorer under en samlet G-faktor. Alternativt kan man anvende bifaktor-modeller der deltestene kan lade både på eventuelle gruppefaktorer eller direkte på G. Metoden «stjeler» varians fra gruppefaktorene og reduserer dermed muligheten for å identifisere dem. I faktoranalysen i den norske versjonen ble bare hierarkiske modeller testet, og da med alle 15 delprøvene. Firefaktorløsningen som tillot delprøven Regning å lade på flere indekser, ga da best samsvar mellom data og modell. Det var likevel såpass godt samsvar mellom femfaktormodellen og de observerte skårene at man la den til grunn for den norske versjonen (Wechsler, 2017). Vi har imidlertid prøvd ut faktorstrukturen i en serie konfirmatoriske faktoranalyser, der vi sammenlignet både hierarkiskemodeller, bifaktormodeller- og korrelerte tre-, fire- og femfaktormodeller i det samme kliniske utvalget denne artikkelen er basert på. Vi fant at en korrelert femfaktormodell uten G var den som passet data best (Egeland et al., 2021). At løsningen uten G var best, er i tråd med synspunktene til forskergruppen bak WISC-V, som anbefaler at indeksene skal være det primære for-

tolkningsnivået i WISC-V (Weiss, Saklofske et al., 2019). Faktisk indikerer faktoranalysen at bruk av fullskala-IQ i en barnepsykiatrisk sammenheng ofte kan gi et kunstig gjennomsnitt som er lite til nytte. I denne artikkelen går vi litt videre og belyser spørsmålet om invarians i faktorløsning. Det er viktig for bruk av testen at faktorløsningen er gyldig for ulike grupper som skal eksponeres for testen. Scheiber (2016) fant samme faktorstruktur på tvers av etnisitet og kjønn i den amerikanske originalversjonen, og Van de Vijver et al. (2019) fant invarians mellom ni ulike nasjonale versjoner. Graves et al. (2020) fant likevel litt ulik testladning på faktorene mellom svarte og hvite barn. Bildehukommelse og Figurvekter ladet ikke fullt så høyt på sine respektive faktorer hos svarte sammenlignet med hvite barn. I denne undersøkelsen splitter vi utvalget i to ved 12 års alder og ser om faktorstrukturen er lik for de yngste og de eldste. Tilsvarende ser vi om det er forskjell på faktorstrukturen for gutter og jenter.

3. Styrkes Arbeidshukommelse-faktoren med innføring av bildehukommelse?

Vi vet fra faktoranalysene av alle de ti kjernedelprøvene i WISC-V at Bildehukommelse og Tallhukommelse lader på samme faktor, presumptivt arbeids- hukommelse. Her ser vi på fordelingen av visuell arbeidshukommelse hos personer som skårer lavt på auditiv arbeidshukommelse, for å få et mål på hvor mange som kunne risikert feilklassifikasjon hvis testen fortsatt bare hadde målt arbeidshukommelse i den auditive modaliteten.

4. Er det tilstrekkelig intern konsistens i delprøvene?

Delprøvene skal måle enhetlige egenskaper, og da er det viktig at det er høy korrelasjon mellom leddene. Vi ser på samsvaret leddene imellom målt med Cronbachs alfa. For de språklige delprøvene som jo er mest tilpasset, ser vi om det er enkeltledd som svekker konsistensen, det vil si om samsvaret bedres hvis enkeltledd hadde vært tatt ut.

Metode

Deltagere

To hundre og trettisju barn deltok i studien og ble fortløpende undersøkt med WISC-V i forbindelse med henvisning og oppstart av behandling ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) i Sykehuset i Vestfold. Prosjektet ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata i 2018 (nummer 57463). Alder og IQ-mål på deltagerne fremkommer av tabell 1. Trettisju prosent av utvalget var jenter.

Tabell 1

Alder og IQ-fordeling av 237 deltagere

	Spenn	Gjennomsnitt (SA)
Alder	6–16	11.6 (3.2)
Fullskala-IQ	46–129	90.3 (13.6)
Verbal forståelse	45–136	94.6 (13.9)
Visuo-spatial	57–138	94,9 (15.4)
Flytende resonnering	51–128	93.3 (15.1)
Prosesseringshastighet	49–135	91.6 (15.2)
Arbeidshukommelse	51–127	91.0 (14.5)

Merknad. SA: standardavvik.

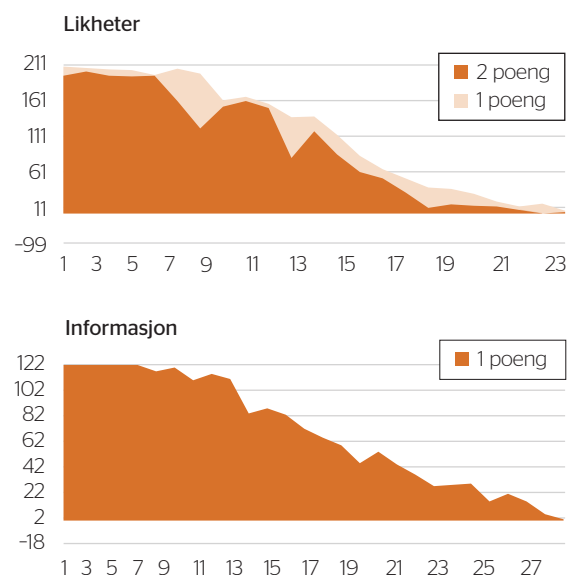
Utover WISC-V protokollen har vi ikke ytterligere data på deltagerne. De antas å gjenspeile pasientfordelingen i klinikken. De ICD-diagnoser som ble satt i 2019 og første halvdel av 2020, var følgende: F90–F98 Atferdsforstyrrelser (inklusive ADHD) 52 %; F40–F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (angst, fobier og OCD) 27 %; F50–F59 Atferdsforstyrrelser forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (i hovedsak spiseforstyrrelser) 9.2 % og F30–F39 Affektive lidelser 6.6 %.

Mål

WISC-V (Wechsler, 2014, 2017) består av 15 delprøver. De følgende sju er nødvendig for å beregne fullskala-IQ: Likheter, Ordforståelse, Terningmønster, Matriser, Figurvekter, Tallhukommelse og Koding. For å beregne de fem indeksskårene trengs i tillegg følgende tre: Visuelle puslespill, Bildehukommelse og Symbolleting.

Figur 1

Løsningsfrekvens av de fire verbalprøvene i WISC-V

**Statistiske analyser**

Løsningsfrekvens av leddene i språkoppgavene er enkle forekomster av null-, en- og to-poengsvar. Siden deltestene avsluttes etter tre null-poengsvar, får vi ikke vite om personen hadde kunnet svare på enkeltledd etter dette kuttepunktet. Testing av invarians i faktorstruktur er gjort med eksploratorisk faktoranalyse med varimax-rotasjon der fem faktorer er spesifisert. Utvalget er splittet på kjønn og delt etter aldersmedianen i utvalget i yngre barn (6–12 år) og eldre barn (13–16 år). Sammenhengen mellom Tallhukommelse og Bildehukommelse illustreres med et scatterplot som viser de enkelte deltagernes skalerte skårer på begge tester, og det gjøres en frekvensopptelling av variasjon i Bildehukommelse ved skår sju eller lavere på Tallhukommelse. Cronbachs alfa beregnes for tester som ikke er tidsavhengige. Cronbachs alfa øker ved antallet ledd. For de oversatte språklige prøvene ser vi om Cronbachs alfa kan bedres hvis man tar ut enkeltledd som er mindre konsistente.

Resultater**1. Økende vanskegrad av verballeddene**

Figur 1 viser løsningsfrekvensene av de enkelte ledd i hver av de fire verbalprøvene. Ideelt sett skulle figuren vise en perfekt trekant. På Likheter er det særlig ledd 7 og 11 som avviker fra en rett hypotenus i trekanten. Lav løsningsfrekvens av disse leddene og høyere løsningsfrekvens av de påfølgende sees i både 6–7-årsgruppen og gruppene 8–11 og 12–16 år.

Tabell 2

Invarians i faktorstruktur på tvers av kjønn. Faktorladninger gutter (n = 149) og jenter (88)

	1.faktor		2.faktor		3.faktor		4.faktor		5.faktor	
	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter
Likheter	.334	.221	.043	.807	.818	.147	-.029	.156	.271	.174
Ordforståelse	.099	.017	.174	.882	.766	.134	.441	.040	.043	-.069
Terningmønster	.829	.726	.177	.183	.174	.354	.167	.054	.059	.191
Visuelle puslespill	.889	.850	.034	.074	.090	.292	.106	.156	.155	.013
Matriser	.666	.288	.221	.114	.256	.814	.275	.169	.135	.091
Figurvekter	.442	.294	.204	.241	.296	.724	.635	.192	-.022	.099
Tallhukommelse	.154	.119	.122	.268	.198	.132	.135	.742	.892	.246
Bildegukommelse	.236	.099	.028	-.019	.081	.186	.707	.882	.500	.092
Symbolleting	.049	-.032	.859	.025	.012	.272	.218	.127	.220	.896
Koding	.250	.429	.851	.075	.169	-.158	-.041	.297	-.058	.697
% forklart varians	23.8	16.8	16.3	16.2	15.2	15.9	12.8	15.5	12.2	14.5
Eigenverdi	3.92	3.91	1.42	1.36	1.20	1.12	0.90	0.85	0.61	0.65

Tabell 3

Invarians i faktorstruktur på tvers av kjønn. Faktorladninger barn 6–12 (n = 97) og 13–16 år (140)

	1.faktor		2.faktor		3.faktor		4.faktor		5.faktor	
	6–12	13–16	6–12	13–16	6–12	13–16	6–12	13–16	6–12	13–16
Likheter	.337	.283	.191	.803	.738	.047	.069	-.022	.167	.280
Ordforståelse	.013	.125	.103	.899	.879	.036	.198	.150	-.018	-.001
Terningmønster	.750	.843	.114	.134	.195	.148	.333	.069	.146	.050
Visuelle puslespill	.824	.849	.203	.060	.106	.037	.289	.191	.067	-.034
Matriser	.358	.725	.352	.258	.073	.116	.708	.057	.102	.149
Figurvekter	.259	.540	.088	.385	.256	.216	.777	.534	.121	-.048
Tallhukommelse	.329	.043	.720	.185	.231	.133	.157	.260	.110	.873
Bildegukommelse	.050	.174	.892	.051	.092	.095	.151	.880	.162	.298
Symbolleting	-.023	.138	.139	.016	.012	.753	.310	.020	.883	.462
Koding	.476	.141	.188	.069	.161	.910	-.164	.137	.717	-.052
% forklart varians	18.9	24.2	16.0	17.3	15.3	15.1	15.1	12.1	14.1	11.8
Eigenverdi	4.26	3.92	1.14	1.42	0.94	1.20	0.88	0.90	0.71	0.61

I Ordforståelse er det særlig ledd 11 og leddene 13 til 15 som avviker negativt fra ideell kurve, mens ledd 12 avviker positivt. Dette gjelder alle tre aldersgrupper. Andelen to-poengssvar hos de yngste på leddene 10–16 fordeler seg slik: 14, 3, 36, 3, 6, 6 og 8 %. For de eldste er tilsvarende løsningsfrekvens 80, 41, 76, 41, 44, 45, 60 og 60 %.

For Informasjon er det kun mindre avvik fra en perfekt fallende hypotenus. I Resonnering er det særlig ledd 9 som avviker med noe høyere frekvens av to-poengssvar enn de to foregående ledd.

2. Invariasjon i faktorstruktur

Tabellene 2 og 3 viser faktorstrukturen i forhold til kjønn og alder. Håndbokens fem-faktormodell

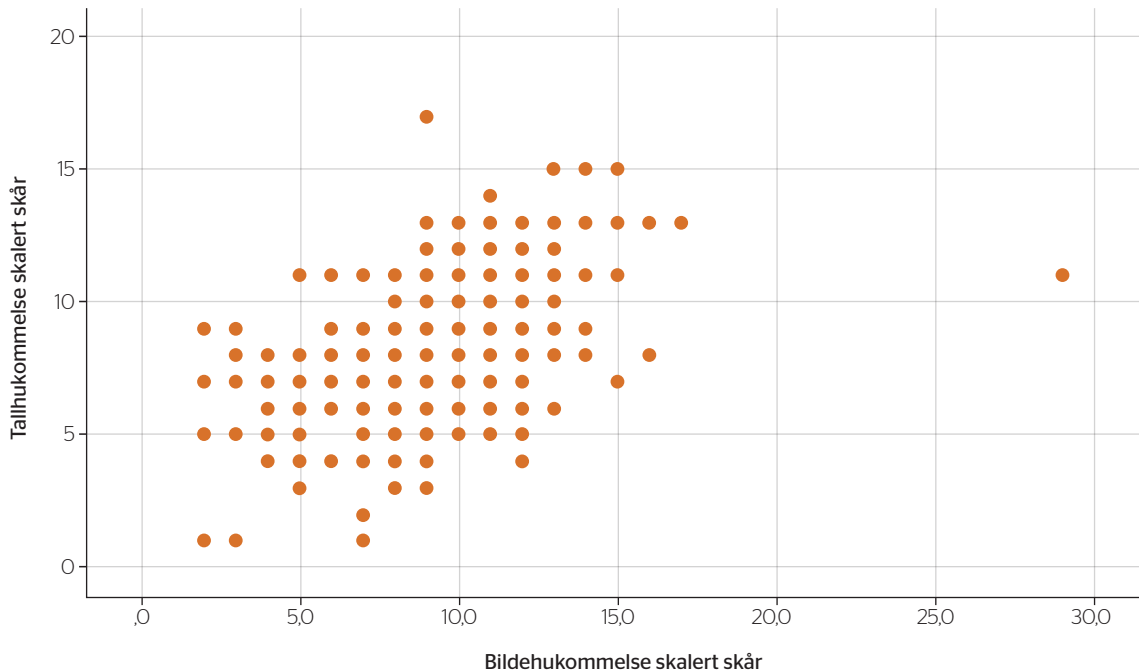
fremkommer for guttene og for de yngste barna, mens for jentene og de eldste barna lader Figurvekter sammen med Bildegukommelse i stedet for å lade sammen med Matriser slik man ville forvente ut fra håndboken.

3. Styrkes Arbeidshukommelsesfaktoren med innføring av bildegukommelse?

Figur 2 viser fordelingen av Tallhukommelse og Bildegukommelse. Ett hundre og elleve barn hadde skår sju eller lavere på Tallhukommelse. Førtitre prosent av disse hadde også (minst) lett redusert Bildegukommelse. Tyve prosent hadde gjennomsnittlig eller bedre Bildegukommelse.

Figur 2

Scatterplot av skalerte skårer for Tallhukommelse og Bildehukommelse



4. Indre konsistens

Cronbachs alfa varierte fra .864 for Likheter til .915 for Resonnering og Figurvekter. For Likheter var det samlede alfa-nivået like høyt eller høyere enn det ville være hvis noen av leddene ble tatt ut. For Ordforståelse kunne alfanivået øke fra .891 til .897 hvis de fire første leddene og det siste leddet ble tatt ut. For Informasjon kunne alfa-nivået øke fra .894 til .899 hvis de første fem leddene ble tatt ut. For Resonnering kunne alfanivået øke fra .915 for hele testen til .938 hvis ledd 10 ble tatt ut.

Diskusjon

Hensikten med denne artikkelen er å validere WISC-V i et klinisk utvalg ved å se på fire ulike psykometriske forhold som enten vurderes som særlig viktig eller erfaringsmessig har vært problematisk med Wechsler-testene.

Når det gjelder hvorvidt leddene viser økende vanskegrad utover i de språklige delprøvene, har vi identifisert noen få enkeltledd som avviker fra den forventede trekantformen på figuren. Faren ved avvikende vanskelige ledd tidlig i en test er at det øker risikoen for at personer når kuttepunktet for avslutning av testen etter tre null-poengssvar, før potensialet deres er uttømt. Mens kuttepunktet i den amerikanske originalversjonen er bestemt empirisk, er det ikke gjort

tilsvarende analyse av den norske versjonen. Det er likevel liten grunn til å tro at de små avvikene som er identifisert her, har noen betydning så lenge nedgangen i to-poengssvar kompenseres ved økt forekomst av ett-poengssvar.

Siden indeksskårene er det primære fortolkningsnivået i testen, er det viktig at faktorløsningen er gyldig i ulike aldersgrupper og for begge kjønn. Vi har testet faktorstrukturen i en konfirmatorisk faktoranalyse for hele utvalget tidligere (Egeland et al., 2021), så spørsmålet nå er ikke om femfaktormodellen er best, men om den er lik på tvers av kjønn og alder. For fire av faktorene finner vi invarians på tvers av disse inndelingene, men den flytende resonneringsfaktoren gjenfinnes ikke for de eldste og for jentene. Der lader derimot Figurvekter sammen med Bildehukommelse. I sin studie av invarians på tvers av etniske grupper fant Graves et al. (2019) at Figurvekter har en verbal komponent, mens vi altså finner at i den grad den avviker fra standardmodellen, er det fordi den lader sammen med testen av visuell arbeidshukommelse. For de eldste barna kan faktoranalysen få som konsekvens at det da ikke fremkommer en fortolkningsbar Arbeidshukommelsesindeks, siden Tallhukommelse lader sammen med Symbolletting og ikke Bildehukommelse. Det handler i bunn og grunn om at Matriser ikke helt oppfører seg som intendert: For jentene og de eldste lader den på en visuell persepsjonsfak-

tor sammen med Terningsmønster og Visuelle puslespill. Det har vært reist kritikk om at Matriser, som historisk sett har vært sentral i differensieringen mellom flytende og krystallisert intelligens, likevel viser seg å være mindre flytende og mer av en krystallisert visuo-perseptuell test enn man tenkte (Tranel et al., 2008).

Hadde Bildehukommelse og Tallhukommelse korrelert perfekt, ville førstnevnte ikke bidratt med ny informasjon om arbeidshukommelse: Alle som gjorde det godt på den ene testen, ville da gjøre det godt på den andre. Den empiriske fordelingen i materialet her viser at under halvparten av de med lett redusert Tallhukommelse også har tilsvarende lett redusert Bildehukommelse. Tyve prosent skårer over middels på Bildehukommelse til tross for en lett redusert Tallhukommelse. Studier av spesifikke lærevansker viser nettopp tilsvarende variasjon i minnespenntester ut fra modalitet (Giofrè et al., 2018). I dette materialet vet vi ikke om variasjonen skyldes at barna har ulike lærevansker, men det er noe som burde undersøkes nærmere. Så langt kan vi konkludere med at Bildehukommelse i hele utvalget lader på en arbeidshukommelsesfaktor. Samvariasjonen med Figurvekter for de eldste og guttene er en indikasjon på at den måler noe annet enn Tallhukommelse. Testen bidrar til å nyansere arbeidshukommelsesfaktoren sammenlignet med hva som hadde vært tilfellet hvis man fortsatt bare undersøkte i den auditive modaliteten.

Cronbachs alfa-verdier er sjelden noe som vekker entusiasme hos klinikerne, men de er viktige mål som viser deltestenes indre konsistens som må dokumenteres. Her er verdiene høye og viser gjennomgående god reliabilitet. Selv om inngangsleddene i et par av oppgavene svekker reliabiliteten antydningssvis, er det ikke tilstrekkelig grunn til å fjerne dem for de få som ikke greier dem. I analysene her er det kun identifisert et enkeltledd i Resonnering (kalender-ledd 10) som ser ut til å svekke delprøven, men ikke mer enn at alfa-nivået er komfortabelt høyt også med det leddet.

I denne kliniske valideringen av WISC-V har vi gått gjennom fire forhold som enten er svært viktig for bruk av testen, eller som historisk har vist seg å være svake punkt i Wechsler-testene. Hvordan vil vi nå samlet vurdere testen? Deler av forfattergruppen har gjennom de siste 20 årene foretatt kliniske uavhengige valideringer av Wechsler-testene og påvist alt fra store mangler i WISC-III (Sundberg et al., 2006) til mindre problemer som klinikerne allikevel må være klar over i WAIS-IV (Egeland, 2014). Vår vurdering er at WISC-V er den mest vellykkede Wechsler-versjonen etter at det offentlige sluttet å finansiere normeringer

(dvs. etter WISC-R). Brøndbo og Egeland (2019) gjennomgang av WISC-V i PsykTest Barn diskuterte den manglende dokumentasjonen av gyldigheten av femfaktorløsningen og anbefalte at klinisk profiltolkning bør gjøres med forsiktighet. Utsagnet kunne så tvil om den måten mange klinikere bruker evnetesten på, nemlig å analysere sterke og svake sider. Utenfor habiliteringsfeltet vil det å kun fortolke fullskala-IQ gjøre testen lite verdifull. Publikasjonen av en konfirmatorisk faktoranalyse (Egeland et al., 2021) og ganske god invarians på tvers av alder og kjønn i denne artikkelen tilsier at femfaktormodellen har noe for seg, og at det spesielle forbeholdet til Brøndbo og Egeland (2019) kan trekkes tilbake. Det gjenstår mye klinisk nyttig utprøving, så som å se hva den nye indeksen Flytende resonnering faktisk predikerer, og hva diskrepans mellom Tallhukommelse og Bildehukommelse kan fortelle om eventuelle lese- og skrivevansker eller non-verbal problematikk.

Begrensningene i denne studien er hovedsakelig knyttet til at dette er en arkiv-studie der vi mangler klinisk informasjon om deltagerne. Hadde vi kjent diagnosene, kunne vi eksempelvis regnet på kjennetegn ut fra modalitetsforskjeller i arbeidshukommelse. Vi skulle helst ha fortsatt utprøvingen utover håndbokens kuttepunkt på tre null-poengssvar, slik at vi mer overbevisende kunne dokumentere at rangeringen av leddene i språkprøvene ikke påvirker totalskåren. At det er få jenter i datamaterialet, legger en begrensning på funnet om at femfaktorløsningen er problematisk for dem. Noen få uvanlige skårer kan ha bidratt til det avvikende funnet. ✘

Referanser

- Brøndbo, H. & Egeland, J. (2019) Måleegenskaper ved den norske versjonen av Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition (WISC-V) [Measurement properties of the Norwegian version of Wechsler Intelligence Scale for Children-Fifth Version (WISC-V)]. *PsykTestBarn*, 9(5). <https://doi.org/10.21337/0064>
- Canivez, G. L., McGill, R. J., Dombrowski, S. C., Watkins, M. W., Pritchard, A. E. & Jacobson, L. A. (2020). Construct Validity of the WISC-V in Clinical Cases: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses of the 10 Primary Subtests. *Assessment*, 27(2), 274–296.
- Canivez, G. L., Watkins, M. W. & Dombrowski, S. C. (2017). Structural validity of the Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition: Confirmatory factor analyses with the 16 primary and secondary subtests. *Psychological Assessment*, 29(4), 458–472. <https://doi.org/10.1037/pas0000358>
- Egeland, J. (2014). Klinisk utprøving av WAIS-IV: Leddanalyser, stopp-kriterier og arbeidsminnemåling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(11), 911–919.

- Egeland, J. (2015). Measuring Working Memory with Digit Span and the Letter-Number Sequencing subtests from the WAIS-IV: Too Low Manipulation Load and Risk of Underestimating Modality Effects. *Applied Neuropsychology: Adult*, 22(6). <https://doi.org/10.1080/23279095.2014.992069>
- Egeland, J., Andreassen, T. H. & Lund, O. (2021). Factor structure of the new Norwegian WISC-V version: support for a five-factor model. *Scandinavian Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1111/sjop.12780>
- Egeland, J., Bosnes, O. & Johansen, H. (2009). Utprøving av WAIS-III i et klinisk utvalg. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46, 658–666.
- Egeland, J., Sundberg, H., Andreassen, T.H. & Stensli, O. (2006). Reliability and validity of Freedom from Distractibility and Processing Speed Factors in the Norwegian WISC-III-version. *Nordic Psychology*, 58, 136–149.
- Fosco, W. D., Kofler, M. J., Groves, N. B., Chan, E. S. M. & Raiker, J. S. (2020). Which ‘Working’ Components of Working Memory aren’t Working in Youth with ADHD?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48, 647–660. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00621-y>
- Giofrè, D., Donolato, E. & Mammarella, I. C. (2018). The differential role of verbal and visuospatial working memory in mathematics and reading. *Trends in Neuroscience and Education*, 12, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.tine.2018.07.001>
- Graves, S. L. Jr., Smith, L. V. & Nichols, K. D. (2020). Is the WISC-V a Fair Test for Black Children: Factor Structure in an Urban Public School Sample. *Contemporary School Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s40688-020-00306-9>
- Kaufman, A. S. (1979). *Intelligent testing with the WISC-R*. John Wiley & Sons.
- Kent, P. (2017). Fluid intelligence: A brief history. *Applied Neuropsychology: Child*, 6(3), 193–203. <https://doi.org/10.1080/21622965.2017.1317480>
- Ne'eman, A. & Shaul, S. (2021). Readiness or Impairment: Cognitive and Linguistic Differences Between Children Who Learn to Read and Those Who Exhibit Difficulties With Reading in Kindergarten Compared to Their Achievements at the End of First Grade. *Frontiers in Psychology*, 12, 456. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.614996>
- Ryder, T. (2021). Testkvalitetsprosjektet – del 1: Norske psykologers testholdninger og testbruk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(1), 28–37.
- Scheiber, C. (2016) Is the Cattell–Horn–Carroll-Based Factor Structure of the Wechsler Intelligence Scale for Children—Fifth Edition (WISC-V) Construct Invariant for a Representative Sample of African–American, Hispanic, and Caucasian Male and Female Students Ages 6 to 16 Years? *Journal of Pediatric Neuropsychology*, 2, 79–88, DOI 10.1007/s40817-016-0019-7
- Schneider, W. J. & McGrew, K. S. (2012). The Cattell-Horn-Carroll model of intelligence. I D. P. Flanagan & P. L. Harrison (red.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (3. utg., s. 99–144). New York: Guilford.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A. & King, J. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323–338. <https://doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338>
- Sundberg, H., Egeland, J., Andreassen, T. H. & Stensli, O. (2006). Sammenligning av WISC-R- og WISC-III-skårer i et klinisk utvalg: Svakheter i WISC-III-normer eller foredede WISC-R-normer? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43, 476–481.
- Tranel, D., Manzel, K. & Anderson, S. W. (2008). Is the prefrontal cortex important for fluid intelligence? A neuropsychological study using Matrix Reasoning. *The Clinical neuropsychologist*, 22(2), 242–261. <https://doi.org/10.1080/13854040701218410>
- Van de Vijver, F. J. R., Weiss, L. G., Saklofske, D. H., Batty, A. & Prifitera, A. (2019). A cross-cultural analysis of the WISC-V. I L. G. Weiss, D. H. Saklofske, J. A. Holdnack & A. Prifitera (red.), *WISC-V. Clinical use and interpretation* (s. 223–224), Academic Press.
- Vaskinn, A. & Egeland, J. (2012). Testbruksundersøkelsen: En oversikt over tester brukt av norske psykologer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 658–665.
- Wechsler, D. (2014). *Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition. Technical and interpretive manual*. San Antonio, TX: NCS Pearson Assessment.
- Wechsler, D. (2017). *Wechsler intelligence scale for children – Fifth Edition (WISC-V). Manual, Del 1, norsk versjon*. Stockholm: Pearson Assessment.
- Weiss, L. G., Holdnack, J. A., Saklofske, D. H. & Prifitera, A. (2019). Theoretical and Clinical Foundations of the Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition. I L. G. Weiss, D. H. Saklofske, J. A. Holdnack & A. Prifitera (red.), *WISC-V. Clinical use and interpretation* (s. 97–128). Academic Press.
- Weiss, L. G., Saklofske, D. H., Holdnack, J. A. & Prifitera, A. (2019). Advances in the Assessment of Intelligence. I L. G. Weiss, D. H. Saklofske, J. A. Holdnack & A. Prifitera (red.), *WISC-V. Clinical use and interpretation* (s. 3–23). Academic Press.

Erfaringer ved bruk av feedbackverktøy

Bruk av feedbackverktøy i klinikk styrker pasientmedvirkning og effekt av behandling. I denne artikkelen vil jeg dele våre erfaringer fra Blå Kors Borgestadklinikken.

TEKST Annette Wolf El-Agroudi, Blå Kors Borgestadklinikken

KONTAKT
annette.el-agroudi@borgestadklinikken.no

MERKNAD
Ingen kasus som presenteres i artikkelen er basert på enkeltpersoner, men er konstruerte for pedagogisk fremstilling.

I dette essayet ønsker jeg å dele våre erfaringer ved praktisk implementering av Partner for Change Outcome Management System, PCOMS, på rus- og avhengighetspoliklinikken ved Blå Kors Borgestadklinikken. Jeg ønsker å vise hvordan vi bruker systemet på en enkel og nyttig måte ved å ta for meg eksempler fra pasientforløp. Jeg vil gi en presentasjon av hvordan vi har gjort feedbackverktøy kompatibelt med pakkeforløp, samt av noen dilemmaer og utfordringer ved bruken av PCOMS.

Blå Kors Borgestadklinikken har to avdelinger i Skien i Telemark. Klinikken tilbyr behandling både poliklinisk og inneliggende på forskjellige avdelinger. Målgruppen er pasienter med skadelig bruk eller avhengighet til illegale stoffer, alkohol og medikamenter. Vi har også samtaletilbud til pårørende til mennesker med rusproblematikk, samt at vi behandler pasienter med spilleavhengighetsproblematikk.

Vi er en liten klinikk som samarbeider med de offentlige sykehusene som en del av spesialisthelsetjenesten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Jeg har brukt PCOMS siden 2009 i alle mine pasientbehandlinger. Altfor ofte har jeg opplevd at behandlere ikke bruker feedbackverktøy systematisk. Min opplevelse er at mye viktig informasjon om pasientens egne tanker rundt behandlingsprosessen kan gå tapt uten slike kontinuerlige prosessevalueringer. Å måle effekten av behandlingen uten feedbackverktøy blir fort komplisert og subjektivt. En jevnlig feedbackmåling har gjort meg ydmyk overfor pasientens vurderinger. Slik blir jeg en veileder i pasientens behandling og un-

går å styre behandlingsforløpet forbi pasientens opplevelse.

Jeg har utdannet meg videre til «trener for trenere» med kurs i PCOMS, og jeg er aktiv i nettverk for feedbackverktøy ved TSB kompetansesenter ved Universitetet i Oslo. Jeg har veiledet vår poliklinikk med PCOMS siden 2012.

Klientorientert og resultatstyrt måleverktøy (KOR) ble utviklet av Miller og Duncan på 90-tallet. Duncan utviklet måleverktøyet videre til evidensbasert praksis i den kliniske prosessen. PCOMS med bruken av outcome rating scale (ORS) og session rating scale (SRS) ble utarbeidet og standardisert for bruk i manualen «The heroic client» (Duncan et al., 2004). Manualen finnes også i en norsk oversettelse (Duncan, 2010/2012).

Effekten av PCOMS for behandling kan støtte seg på ni randomiserte kontrollerte studier (omtalt i Duncan & Reese, 2015), hvorav to ble gjennomført i Norge (Anker et al., 2009; Brattland et al., 2018). Generelt vises det i studier at ved bruk av feedbackverktøy vil pasienten ha bedre nytte av behandling, og det øker sannsynligheten for positivt utbytte (Arnevik, 2016; Lambert, 2010).

Innsamling av tilbakemeldinger for hver behandlingstime gjør at behandlingsløpet kan tilpasses den enkelte pasienten mer individuelt, samt at arbeidsalliansen tydeliggjøres. Det er også et nyttig verktøy for utvikling av terapeutferdigheter (Orlinsky & Rønnestad et al., 2005).

PCOMS, som flere andre digitale feedbacksystemer, er teoriuavhengig. Feedbacksystemene kan brukes i alle typer behandlingsfor-

mer og modeller. PCOMS er orientert mot pasienter som individer, men kan også brukes i gruppeterapi og familiesettinger. Denne digitale løsningen for KOR feedbackskalaer er i stadig utvikling, og statistiske data i programmet kan gi detaljerte data om behandlingsprosessen i pasientpopulasjonen på avdelingen eller i klinikken. Det gir muligheten til å følge opp enkelte pasientforløp, evaluere klinikkens behandlingstilbud samt at terapeuter får en oversikt over oppnådde mål i behandlingene.

VURDERINGER AV BEHANDLINGEN OG AV ALLIANSEN

Feedbackverktøyet PCOMS består av fire spørsmål for monitorering av endringsprosessen i løpet av behandlingen (outcome-rating scale, ORS) og fire spørsmål som omhandler den terapeutiske alliansen (session-rating scale, SRS). Skårene registreres digitalt via nettbrett/iPad. I begynnelsen av behandlingstimen legger pasienten inn sine ORS-skårer på fire skalaer:

1. Hvordan har du det med deg selv med tanke på hovedproblemet du søker hjelp for? (personlig)
2. Hvordan har du det med dine nærmeste med tanke på problemet du søker hjelp for? (mellommenneskelig)
3. Hvordan har du det i jobb og fritid, relatert til henvisningsgrunn? (sosialt)
4. Alt i alt? (generelt, hvordan livet ditt er med tanke på problemstillingen)

På slutten av hver behandlingstime legger pasienten inn sine skårer for SRS:

1. Har du følt deg sett og hørt i denne behandlingstimen? (relasjonen)
2. Var det viktig det vi snakket om i dag for å komme nærmere en løsning? (mål og tema, også i forhold til behandlingsplanen)
3. Var fremgangsmåten/metoden vi brukte i dag passende for deg? (tilnærming eller metode)
4. Generelt? (opplevelsen – nyttig eller ikke nyttig i forhold til målsettingen i behandlingen)

Pasientene skårer for ORS og SRS for hvert oppmøte. Skalaene for alle spørsmålene går fra 0 til 10, som gir fire råskårer på disse fire dimensjonene, samt en samlet ORS-skår for opplevd livskvalitet i forhold til behandlingsmålet. På samme måte får man fire råskårer på de fire dimensjonene for SRS, samt en samlet skår for opplevelsen av aktuelle behandlingstimer. Begge sumskårene blir plottet inn som punkt i en visuell fremstilling av forløpet.

ULIKE FORLØP

I det følgende illustreres hvordan ulike pasientforløp kan se ut i klinisk praksis:

IT-systemet for PCOMS viser grafen for behandlingsendring (ORS) med en rød linje og utviklingen av den terapeutiske alliansen (SRS) i en blå linje.

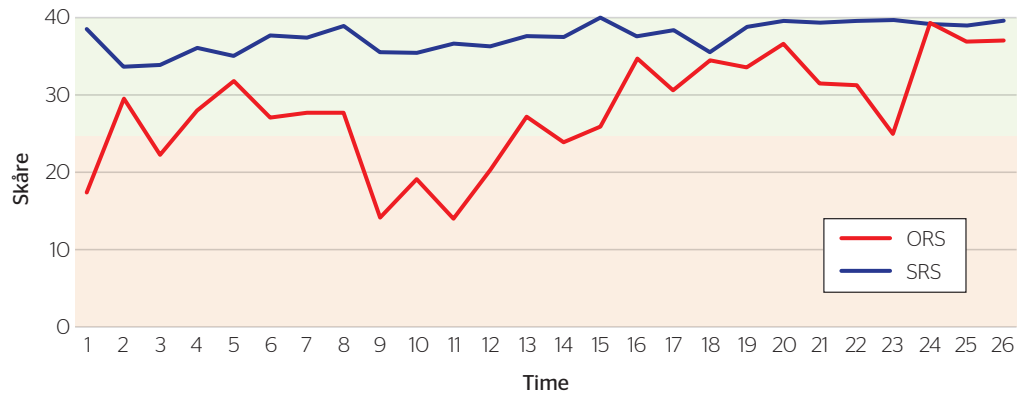
Sumskår fra 0 til 25 for ORS indikerer behandlingsbehov og er markert som rødt område i figuren. Når sumskåren for ORS øker og den røde linjen peker oppover, betyr dette at pasienten opplever positiv endring i forhold til terapimål. Når samlet skår for ORS går nedover og den røde kurven



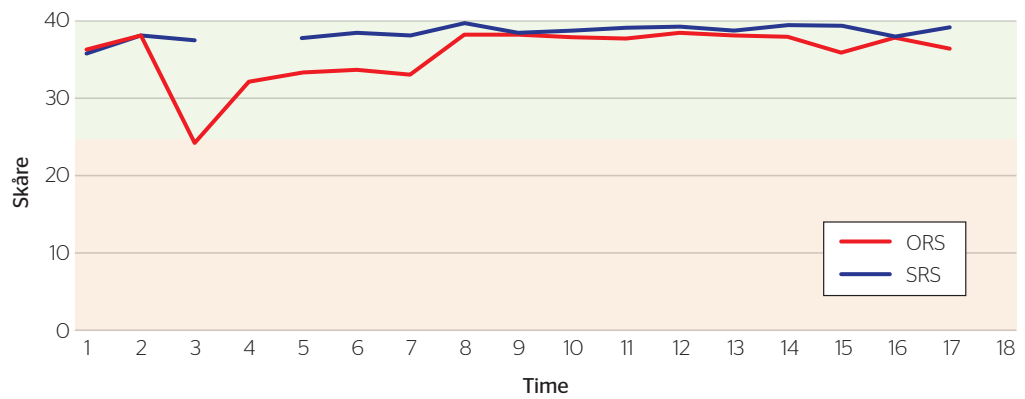
«Krypdyrprofilen» illustrerer utfordringer vi noen ganger kan ha med å holde fokus på målsettingen for behandlingen



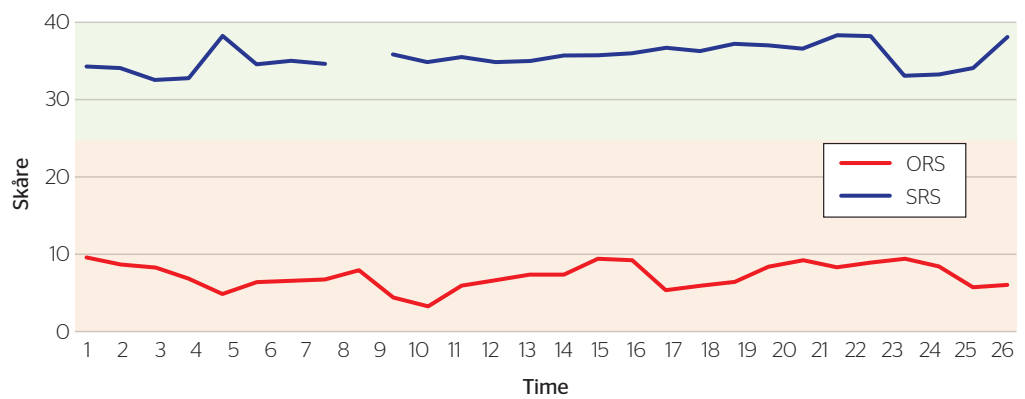
FIGUR 1 Pasient med rusavhengighetslidelse



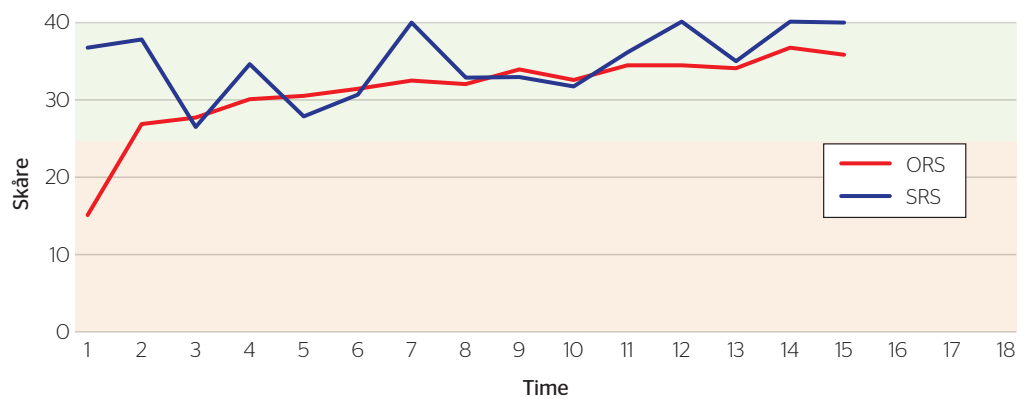
FIGUR 2 Takknemlighetskurven



FIGUR 3 «Krypdyr-profil» - når vi ikke måler det vi skal, eller når behandlingen ikke virker



FIGUR 4 Innsikter i egen behandling



daler, er det viktig å snakke med pasienten om det som gjør at det skjer en negativ utvikling i behandlingsforløpet.

Figur 1 viser en sikk-sakk-kurve som er typisk for pasienter med rusavhengighet. I rusfrie perioder går den røde linjen opp, mens den faller og går ned i perioder med tilbakefall til rus.

Vi ser her at det er en positiv endring i ORS-kurven over de fire første behandlingstimene. En slik positiv utvikling i begynnelsen av behandlingen vil som regel gi en god prognose for det videre behandlingsforløpet (Howard et al., 1986). Prognosen viser seg å være riktig i dette tilfellet, da pasienten etter time 15 opplever samlet sett bedre livskvalitet (rød linje peker opp) og pasienten bruker mindre rus.

Den blå kurven er i dette tilfellet mer variierende. Motivasjon for å fortsette behandling kan droppe fort når det skjer tilbakefall til rus. Det er viktig å ha kontinuerlig dialog med særlig ruspasienter om behandlingsmålsetting og hvordan det går med pasienten i behandlingen, noe feedbackverktøyet kan bistå i.

Vi opplever ofte at pasienter som raskt har klart å bli rusfrie, gir svært høye skårer for livskvalitet (ORS). Ofte er dette uttrykk for gleden av å ha blitt rusfri og reflekterer ikke hele realiteten og livssituasjonen pasienten er i. Den blå kurven for terapeutisk allianse (SRS) beveger seg også svært høyt (se figur 2), og er uttrykk for at pasienten er fornøyd med sin behandler. At slike pasienter skårer kunstig høyt både for ORS og SRS, kan vi møte i samtalen med en anerkjennelse for at pasienten har klart å bli rusfri. Vi kan glede oss sammen med pasienten over mål som allerede har blitt oppnådd, for så å snakke om veien videre i behandlingen og hvilke forebyggende områder vi skal ha fokus på i fremtidige behandlingsmål.

Her holder den røde endringskurven seg på et jevnt lavt nivå, samtidig som den blå kurven holder seg rundt cut-off for SRS (SCC på 38).

«Krypdyrprofilen» illustrerer utfordringer vi noen ganger kan ha med å holde fokus på målsettingen for behandlingen. Når vi spør disse pasientene om hva det er de tenker på når de fyller ut ORS, gir disse ofte uttrykk for at de har veldig lite energi i livet generelt. Siden vi har en del pasienter som har opplevd alvorlig omsorgssvikt og samtidig sliter med pågående rusproblematikk, kan vi hypotisere at disse pasientene har vansker med endringer i

livet grunnet lite krefter til gjennomføring av endringsprosjektet i behandlingen. Endringen kan også ta svært lang tid, slik at den inntreffer først en stund etter avsluttet behandling. Pasienten kan også holde skårene på et lavt nivå for å gi uttrykk for behandlingsbehovet. De kan med andre ord bli redde for at et behandlingsforløp skal bli avsluttet mot deres vilje.

Pasienten kan gå lenge i behandling og møte regelmessig til timene. Samtalenes kvalitet gir inntrykk av at pasienten har glede og nytte av tilbudet. Men SRS-skårene er ikke høyere enn at de ligger rundt cut-off, noe som kan tyde på at pasienten ikke er fornøyd med behandlingen likevel. Denne informasjonen ville man ikke fått tilgang til uten grafisk abstraksjon i et slikt bilde, og den gir terapeuten en fin mulighet til å ta opp viktige temaer som behandlingsmål og forventningene en har til en terapeutisk prosess.

Det kan også tenkes at feedbackverktøyet har sine begrensninger når evnen til å kjenne etter hvordan en har det, er svekket hos pasienten. Pasienter med sammensatte psykiske lidelser vil noen ganger ikke klare å samle motstridende følelser og tanker i en samlet skår på endringskurven sin. Viktige tema i den terapeutiske alliansen mellom pasient og terapeut kommer da ikke til syne i profilen.

Terapeuter som arbeider med slike pasienter, vil ofte ha stor nytte av veiledningssamtaler med utgangspunkt i feedbackresultatene for å få opp motet til å ta en avklarende samtale med pasienten.

I dette bildet beveger endringskurven seg oppover, og pasienten når målet sitt. Den blå kurven indikerer at pasienten gir detaljert informasjon om egne opplevelser ved slutten av hver behandlingstime. Slike profiler ser vi gjerne når vi bruker intensive, psykoterapeutiske metoder, som eksempelvis EMDR og ISTDP eller eksponering innen KAT.

Pasientene angir en lavere skår for terapeutisk relasjon når det kjennes tungt etter en behandlingstime, hvor intense og eller nye behandlingstilnærminger har blitt brukt. Når terapeutisk arbeid gir positive følelser, som eksempelvis en lettelse i kroppen, skårer pasientene høyt for SRS etter denne behandlingstimen. SRS-skårene kan altså gi muligheten for detaljert og spesifikk feedback på bestemte behandlingsmetoder.

Kurvene gir terapeuten en gyllen mulighet til å kunne snakke med pasienten om behand-



På den måten drukner vi ikke i anekdotiske pasienthistorier, som kan bli nokså problemfokuserete



lingsprosessen. Pasienter kan i samtalen uttrykke hva kurvene betyr for en selv, den gir et bilde av pasientens tolkning av behandlingsforløpet samt av hvordan de opplever den terapeutiske alliansen. Vi opplever at PCOMS på denne måten bidrar til aktiv ivaretagning av brukermedvirkning. Det gir oss behandlere en større trygghet når vi til pasientens opplevelse av behandlingen supplerer med vår fagkunnskap. Kurvene fungerer som et kompass som hjelper oss til å skreddersy kompetansen vår til den enkelte pasienten. Da dette feedbackverktøyet er ressursorientert og fokuserer på genuine løsningsmuligheter som den enkelte pasienten har, bidrar PCOMS til å vitalisere bruken av feedbackverktøy i det kliniske arbeidet.

Å BLI EN BEDRE TERAPEUT

For at kunnskapen som ligger i abstrakte kurver skal gi mening i behandlingen av sammensatte lidelser, trenger vi veiledning. Veiledning på PCOMS utfordrer den direkte dialogen om skåringer og hva disse betyr for den enkelte pasienten. Ved implementering av feedbackverktøy er jevnlig veiledning en viktig nøkkel for å lykkes.

I veiledningen med PCOMS legger vi vekt på å skape et klima hvor det er lett å lære av hverandre. Vi henter ut noen grunnleggende prinsipper fra «reflekterende team» (Andersen, 1987) til hjelp i dette. Å respektere den enkeltes og andres mening, anerkjenne krevende situasjoner og å gi ros for alt som skjer som er bra, står sentralt. Med undring reflekterer vi over hva som kan gjøres annerledes, når strategien så langt ikke har ført til positiv endring. Vi anerkjenner også pasientens vanskelige situasjon, som vi studerer i mangfoldige kurveformasjoner, og vi undrer oss sammen over hvordan vi kan forstå og hjelpe pasienten på en bedre måte.

Manualen har lært oss å gå direkte til sakens kjerne i PCOMS. Hva mener pasienten og terapeuten om hva det betyr og hva som er årsak til det, når den røde kurven peker opp eller ned? På den måten drukner vi ikke i anekdotiske pasienthistorier, som kan bli nokså problemfokserte. En negativ utvikling av endringskurven er et varseltegn og forplikter behandlere til å ta kurven opp i veiledningen. På den andre siden kan et positivt forløp i behandlingen komme tydeligere frem ved bruk av grafiske kurvebilder enn ved verbal fremstilling av behandlingsforløpet.

Ved å abstrahere behandlingsforløpet og utvikling av den terapeutiske relasjonen gjennom bruken av feedbackverktøyet kan vi se behandlingen utenfra. Vi får på denne måten mange forfriskende diskusjoner rundt både metodiske grep og våre terapeutiske ferdigheter, og på den andre siden et fokus på hva som fører til endring.

Hos oss bruker vi korte rollespill og videoklipp for å oppleve in vivo-bruken av PCOMS. Slike metoder bidrar til at det blir lettere for behandleren å se pasienten innenfra, noe som utløser nye løsningsforslag for det videre endringsforløpet.

Veilederen må ha veilederkompetanse, men denne kompetansen utvikler seg underveis med kontinuerlig feedback fra deltakerne i veiledergruppen. Vi bruker PCOMS i vår egen veiledning.

FEEDBACKVERKTØY OG PAKKEFORLØP - EN TOSPRÅKLIG DANS

Som behandler må vi lære å være tolk overfor pasienten for å gjøre ytre krav og rammer forståelige.

Omvendt bør informasjonen også tolkes oppover til ledelsen om hva pasientene mener og trenger, for å kunne tilpasse regelverket der det blir for rigid.

Alle som lærer seg et nytt språk og som prøver å snakke to språk samtidig, vet hvor vanskelig og komplekst dette kan være. Veiledningen hjelper når vi prøver å forstå nytten av både feedbackverktøy og pakkeforløp i pasientbehandlingen.

PCOMS er en rød tråd, et kompass i behandlingen, for at ikke pasienten skal miste interessen for seg selv og motivasjonen i sin egen behandling. Imidlertid er det viktig å huske at PCOMS er et feedbackverktøy og ikke et kvalitetsmål eller pasientregister.

Etter at pakkeforløpet kom i 2019, pålegger behandlingsretningslinjer i TSB rusbehandlingsinstitusjoner å bruke feedbackverktøy i behandlingen (Helsedirektoratet, 2018).

Pakkeforløpsordning gir i tillegg klare føringer for evalueringspunkter underveis i behandlingsforløpet. Da vi allerede hadde god erfaring med PCOMS, integrerte vi bruken av denne i de pakkeforløpspålagte evalueringene.

Som de fleste behandlere i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) leter vi etter tidsbesparende gode rutiner som gjør hverdagen enklere. Å studere behandlingsforløp i PCOMS og samtidig foreta en pakkeforløpsevaluering går fort og er effektivt. Hos oss går vi gjennom pasientkurver som legges frem på tverrfaglige behandlingsmøter. Vi gjør pakkeforløpsevalueringer hver åttende uke vekselvis med pasient og i tverrfaglig behandlingsteam. Behandleren kan fortelle mer om forløpet de siste åtte ukene og om hendelser i livet til pasienten eller i behandlingen som kan ha trukket kurven opp eller ned. Man kan også peke i ORS-kurven på tidsperioden for utforming av behandlingsplanen i begynnelsen av pakkeforløpet til pasienten. Det er ikke nødvendig å lese mye tekst når vi sitter samlet som et team på møte og evaluerer, siden de grafiske fremstillingene gjør det fort synlig hvilke pasienter som ikke profiterer på behandlingen. Vi kan raskt og målrettet diskutere hvilket nivå av helsehjelp som anbefales for vedkommende videre.

VIKTIG Å INVESTERE I IMPLEMENTERINGEN

Vår erfaring er at PCOMS er et enkelt verktøy å bruke og lar seg, som beskrevet over, integrere i pakkeforløpskrav til behandlingsevaluering.

Imidlertid var det innledningsvis mye motstand i behandlerteamet mot å måle behandlingseffekter på denne enkle måten. I dag kan

vi se at det som hjalp for en god implementering av feedbackverktøy, var å bruke verktøyet over tid. Å ha tid til disposisjon for gruppeveiledning med PCOMS og at ledelsen i klinikken så nytteverdien, har vært avgjørende.

Men digital feedback erstatter ikke terapeutens vurderinger. Selv om vi ved vår poliklinikk er blitt komfortable med PCOMS, fungerer ikke IT-løsningen optimalt. Vi erfarer at statistikk og kurver ikke alltid gir et korrekt inntrykk av et pasientforløp, og det er også viktig å erkjenne at det faktisk er vanskelig å vurdere samlet livskvalitet på fire dimensjoner.

Vi opplever på poliklinikken at effekten av systematisk og kontinuerlig bruk av feedbackverktøy har gitt mindre drop out, samt raskere, mer individuelle justeringer av pasientforløp. Vi opplever at vi utvikler oss til bedre terapeuter og fjerner oss mer og mer fra faren for å bli utbrente behandlere. Vi opplever større engasjement og bedre utvikling av våre terapeutferdigheter gjennom implementeringsarbeidet. Vi synes faktisk det er gøy.

Etter mange år med systematisk bruk av feedbackverktøy klarer jeg meg ikke lenger uten i behandlingssettingen. Vi behandlere på poliklinikken har blitt enda mer endrings- og løsningsfokuserede ved implementering av feedback, og det klaffer godt med mangfoldige krav i spesialisthelsetjeneste. Jeg håper at flere lar seg inspirere av de gode erfaringene våre som jeg har beskrevet i dette fagessayet. ✖

REFERANSER:

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415–428. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x>
- Anker, M., Duncan, B. L. & Sparks, J. (2009). Using client feedback to improve couples therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693–704. <https://doi.org/10.1037/a0016062>
- Anrevik, E. A. (2016). Selection of a Progress Monitoring Instrument for Substance Use Disorder Treatment. *International Archives of Addiction Research and Medicine*, 2(2). <https://doi.org/10.23937/2474-3631/1510020>
- Brattland, H., Koksvik, J. M., Burkeland, O., Gråve, R. W., Kloeckner, C., Linaker, O. M. & Iversen, V. C. (2018). The effects of Routine Outcomes Monitoring (ROM) on therapy outcome in the course of an implementation process. A randomized clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, 65(5), 641–652. <http://doi.org/10.1037/cou0000286>
- Duncan, B. L. (2012). *Bli en bedre terapeut* (M.-C. Jahr, overs.). Gyldendal Norsk Forlag AS. (Opprinnelig utgitt 2010)
- Duncan, B. L., Miller, S. D. & Sparks, J. A. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed outcome-informed therapy* (Rev. utg.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Duncan, B. L. & Reese, R. J. (2015). The Partner for Change Outcome Management System (PCOMS) revisiting the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 52(4), 391–401. <https://doi.org/10.1037/pst0000026>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020*. <http://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rusbehandling-tsb-pakkeforlop>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- 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>
- Orlinsky, David E. Rønnestad, Michael Helge Gerin, Paul Davis, John D. Ambühl, Hansruedi Davis, Marcia L. Dazord, Alice Willutzki, Ulrike Aapro, Nicoletta Botermans, Jean-François Schröder, Thomas A. (2005). The development of psychotherapists. I D. E. Orlinsky, M. H. Rønnestad & Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research (red.), *How therapists develop: a study of therapeutic work and professional growth* (s. 3–13). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11157-000>

ANBEFALT LESNING:

- Duncan, B. L. & Sparks, J. (2019). *The Partner for Change Outcome Management System: An integrated elearning manual for everything PCOMS*. West Palm Beach, FL: Author.
- Lambert, M. J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. I J. C. Norcross (red.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (s. 436–462). Brunner–Mazel.
- Partner For Change Outcome Management System Better Outcomes Now. <http://betteroutcomesnow.com>
- Tverrfaglig spesialisert behandling / kompetansetjeneste (TSB): tsb.no

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



FOTO: STIAN SØRHEIM ESPEVOLL

MARIA LØVVIK NORHEIM er leder for Fagetisk råd i Norsk psykologforening og spesialist i barne- og ungdomspsykologi

Fagetikk ut av blindsonen

Jeg har lest igjennom klagesakene på nettsidene til Psykologforeningen, men jeg synes ikke akkurat at de var så representative for det jeg holder på med. Sånn jeg ser det, står vi egentlig ikke i så mange fagetiske dilemmaer på min jobb. Er de fagetiske prinsippene egentlig så anvendelige for psykologer flest, og er det verdt å bruke verdifull drøftingstid på jobben til fagetikk?

Fagetisk råd behandler ikke bare klagesaker. Hver uke har vi en åpen rådgivningstelefon der både psykologer og andre tar kontakt med spørsmål som har med fagetikk å gjøre. Som regel har de som tar kontakt, allerede definert at de står i et fagetisk dilemma, og de ønsker noen å drøfte med. Ofte ser vi at det er behov for hjelp til å sortere: Hva av dilemmaet handler egentlig mest om fag, hva er egentlig en juridisk problemstilling, og hva står igjen som et fagetisk spørsmål? Hvilke prinsipper er berørt? Hva er mulige løsninger eller handlingsalternativer? En annen sorteringsjobb er om situasjonen psykologen står i, egentlig omfattes av de fagetiske prinsippene. Kanskje har psykologen møtt på en tidligere pasient i en mer privat sammenheng – pasienten er nå nabo eller foreldrerepresentant i FAU som psykologen er blitt med i – hvor langt strekker psykologens fagetiske forpliktelser seg i en slik situasjon? Dilem-

maene psykologene står i, er mange og ulike. Og de er ofte litt annerledes enn dilemmaene som er utgangspunkt for klagesakene vi behandler.

Jeg håper at psykologene som tar kontakt, opplever at det er en støtte i å drøfte situasjonen de står i, med en kollega. For de av oss i rådet som sitter på den andre enden av samtalen, er det også nyttig. Det hjelper oss til å være bedre rådgivere, både overfor den enkelte psykolog som ringer inn neste gang med en tilsvarende problemstilling, og overfor andre som har spørsmål om psykologers fagetikk.

Det psykologene som ringer inn, kanskje ikke tenker over, er at de ved å rådføre seg på denne måten allerede handler i tråd med fagetikken. De fire hovedprinsippene – respekt, kompetanse, ansvar og integritet – er gjerne det de fleste psykologene forbinder med Ethiske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP). Men det er en liten ekstra del i dokumentet som ofte kan være nyttig:

III.1.3 Den etiske beslutningsprosessen

Psykologer som er i gang med kompliserte vurderinger rådfører seg med kolleger eller rådgivende organer. Beslutninger om handling ligger hos den enkelte psykolog, men det å søke slik hjelp er i seg selv uttrykk for en etisk bevissthet. En psykolog som blir kjent med at en kollega har problemer med å håndtere et fagetisk spørsmål, tilbyr seg å være til hjelp og støtte i den etiske refleksjonen og beslutningsprosessen.

Altså: Når vi står i et dilemma – søk støtte hos kollegaer, og vær selv en slik støtte når det er behov for det. Et dilemma gjør at vi må velge mellom en av flere løsninger der den ene i hvert fall ikke umiddelbart virker bedre enn den andre. Når vi drøfter dilemmaet med andre, kan det være vi ser andre



muligheter eller for den del risikoer med veivalgene vi står overfor. Vi kan bli klar over konsekvensene og håndtere dem på en bedre måte.

Men det å søke støtte eller å utforske løsninger med klienter eller kollegaer forutsetter at psykologen faktisk oppdager dilemmaet. En god del kan nok oppfatte de fagetiske prinsippene som samtidig både litt svevende og bastante. Flere jeg har snakket med, synes det er vanskelig å bruke prinsippene i det daglige arbeidet som psykolog. «Vi står egentlig ikke i så mange fagetiske dilemmaer på min jobb», har jeg hørt en del ganger. Det å tenke på fagetiske dilemmaer som noe sært og sjeldent kan gjøre at psykologer ikke løser opp i situasjoner som oppstår, på en hensiktsmessig måte.

Når vi behandler klagesaker i fagetisk råd, ser vi at det å overse eller ikke anerkjenne et dilemma som oppstår, kan ha bidratt til at psykologen til slutt handler i strid med de fagetiske prinsippene. Men det er gjerne også andre forhold som spiller inn: stress og tidsnød, mangel på kollegastøtte, utfordrende oppgaver og ting som skjer i psykologens eget liv. Psykologen har ikke fått hjelp til å sortere. Oppgavene og rollene de fleste psykologer har, er komplekse. Sammen med et stadig økende tidspress og det

mange psykologer oppfatter er nesten umulige rammer for å gi god hjelp, ligger forholdene til rette for at de fagetiske dilemmaene dukker opp hyppig. De er noe vi alle står i og må løse ofte. Uløste eller dårlig håndterte dilemmaer fører i verste fall til situasjoner som er svært belastende, både for klienten og psykologen.

Jeg har tro på at den enkelte psykolog finner ut av mye av dette og løser de ulike dilemmaene fortløpende. Vi har god hjelp i at fagetikken er integrert i vår praksis, og at folk har forventninger til hvordan vi som faggruppe opptrer. Vi får også hjelp av lovverkene vi forholder oss til. Samtidig er det å oppdage fagetiske dilemmaer gjerne noe som krever litt øvelse. Ved å sette av tid til å drøfte fagetikk, med kollegaer eller i veiledning, kan vi bli bedre på å oppdage og håndtere dilemmaer vi står i. Jobber man med andre faggrupper, er det en nyttig øvelse å drøfte de ulike fagetiske retningslinjene profesjoner har, og forståelsen av hva de betyr i praksis. Bruk kollegaer til drøfting, og vær tilgjengelig når andre trenger deg. Når det er travelt, er det lett å lukke døra til kontoret og fokusere på det man står i selv, men det er gjerne da vi bør være aller mest på tilbudssiden overfor hverandre. ✕

”

... å søke støtte eller å utforske løsninger med klienter eller kollegaer forutsetter at psykologen faktisk oppdager dilemmaet

Meninger



DEBATT

Slik kan psykologer ta ansvar for klima

Som psykologer vil vi våre medmenneskers beste. Derfor skulle en tro at vi også hadde et engasjement for klimasaken. Men den gang ei.



TEKST Bjørn Z. Ekelund, leder av Psykologforeningens klimautvalg, psykologspesialist, styreleder i Human Factors AS

KLIMAPSYKOLOGI

PSYKOLOGER ER OPPTATT av enkeltmennesket uavhengig om det er i terapi, rådgivning eller utredning. Psykologers oppmerksomhet er rettet mot individet og dets helse og velvære. Vi forsøker å hjelpe det enkelte menneske fra en ulykkelig til en lykkeligere tilstand. I noen grad hjelper vi også menneskene til å forstå og håndtere lidelse, til å innse at livet også har skyggesider. Når klienter tar valg om hvordan de forholder seg til fortiden og fremtiden, gledes vi over klientenes evne til å velge og fordelene det vil gi både for pasienten selv og vedkommendes nærmeste.

Dagens økologiske utfordringer oppfatter jeg som fremmed for de fleste psykologer:

For det første handler klimakrisen om naturen. I naturen er mennesket kun en liten del av en større helhet. Mennesket har en bestemt og viktig plassering i en fødekjede og i et økosystem med mange andre arter. Psykologen har i liten grad vært oppmerksom på den biologiske verden på utsiden av den enkelte klients psyke. Klimakrisen er en biologisk og naturvitenskapelig utfordring, en utfordring som involverer mennesket som art.

INDIVIDUELL LYKKE

For det andre særpreges klimakrisen av behovet for å ta ansvar for kommende generasjoner, og deres mulighet for å kunne leve et godt liv i pakt med naturens behov. Psykologer har med

sitt individuelle perspektiv søkt etter personlig lykke og det å ta eksistensielle valg. Medansvaret for neste generasjons mulighet til å leve et godt liv finner vi først og fremst i ideer om barneoppdragelse. Men også når det gjelder barneoppdragelsen, er det individets og barnets utvikling av trygge relasjoner og egen selvstendighet som gjelder.

For det tredje: Mange klimarelaterte utfordringer kommer som negative følger av aggregerte individuelle beslutninger. Det er konsekvenser som ikke fanges opp i den individuelle psyken, og ikke i den enkeltes valg av forbruk. Den enkeltes frihetsgrad til å leve livet en selv ønsker, er en sentral verdi for mange psykologer i møte med sine klienter. Klimakrisen er imidlertid skapt av og kan løses ved å ta et ansvar for kollektive forbruksmønstre: for summen av vårt forbruk av mat og energi til hus og reiser. Men dette perspektivet forlattes ofte når psykologen setter seg ned i terapeutstolen.

NATUREN SOM SYSTEM

Slik psykologstanden fremstår, virker den primært å være opptatt av individuell lykke framfor naturens ve og vel. Psykologene er en del av det som kalles menneskets tidsalder, da mennesket samlet setter spor i klodens utvikling (antropocen). Majoriteten av psykologer er en del av en europeisk hedonistisk kultur der behov bidrar til økonomisk utvikling og vekst.

Mange psykologer arbeider systemorientert, men neglisjerer naturen som system rundt individet. Naturen og fremtidige generasjoner har i liten grad vært sentralt for psykologer.

Men på tross av at psykologene i Norge i dag opererer med et faglig perspektiv der ansvaret for naturen og fremtiden ikke spiller en sentral rolle, har psykologien som fag stort potensial. Et potensial som flere psykologer bør adoptere og benytte. For det første har psykologene vært tydelige på at det ikke er primært materielt forbruk som gjør mennesker lykkelige. Det er viktigere med trygge sosiale relasjoner i oppvekst og familie.

HVA KAN VI GJØRE?

Fremme klimavennlig vekst

Den internasjonalt kjente psykologen Per Espen Stoknes (Stoknes 2020) peker på hvordan vi kan skape vekst og unngå ulikhet uten at veksten nødvendigvis er skadelig for naturen. Han er en av de få psykologene som tør å utfordre de økonomiske drivkreftene. Han ønsker en økonomisk vekst som kombineres med en reduksjon av naturskadelig produksjon og forbruk. Han viser at det er mulig, men vi trenger flere psykologer på banen for å skape større endring. Å sette andre verdier i førersetet enn materielt forbruk er noe som vil falle naturlig for psykologer med sin kunnskap om menneskets lykke. Å rette oppmerksomheten mot «det gode liv» framfor «økonomiske prioriteringer» er noe som ligger psykologers hjerte nært.

Redusere forbruk

Menneskelig forbruk er en faktor som gjør at klimatrusselen blir større. Mat, energiforbruk i hjemmet og reiser er tre områder som i vesentlig grad bidrar til trusselbildet. Det å slutte å spise rødt kjøtt ville gjort underverker. Men forbruksendring er ikke enkelt å få til. Selv om psykologer er eksperter på styring av menneskelig atferd, er det ikke mange psykologer som har arbeidet med klimavennlig forbruksendring. Knut Ivar Karevold er en psykolog som gjennom kunnskap om nudging i EAT-prosjektet har bidratt til å påvirke matforbruket. Mona Nilsen og Sigrid M. Hohle har på vegne av Miljødirektoratet gjennomført opplæring i nudging i kommunal sektor. De små lunsjtallerkene på hotellets koldtbord er et eksempel på en nudging som gjør at det blir mindre matsvinn. Utfordringen vår er å leve et liv i de årene

vi har fått tildelt, på en måte som ikke er like ødeleggende som det har vært til nå.

Legge til rette for gode samarbeidsprosesser

Sist, men ikke minst kan psykologer noe om samarbeid og beslutningsprosesser. Mange av klima-utfordringene må løses med mange ulike fagdisipliner involvert, med personer fra ulike ståsteder og med ulike interesser. Mange organisasjonspsykologer er tilretteleggere for gode prosesser. Involvering og demokratiske prosesser er krevende, og det er få arenaer og institusjoner i dag i verden som synes å kunne ha beslutningsmyndighet og gjennomføringskraft til å handle så raskt som klimautfordringene synes å kreve. Organisasjonspsykologers bidrag kan her være relevant for å utvikle tverrfaglig kunnskap og legge til rette for globale beslutningsprosesser. De samme problemstillingene dukker også opp i nærmiljøet når byer og lokalsamfunn skal skape grønne livskraftige samfunn.

Jeg har pekt på tre områder: å fremme vekst som ikke er klimaskadelig, å endre forbruksmønsteret slik at fotavtrykket blir mindre, og å bidra til bedre samarbeidsprosesser. På alle tre områder trengs psykologisk kunnskap. På disse områdene må vi engasjere oss langt mer enn i dag.

På universitet og høyskoler finnes det psykologer som bidrar med både teori og forskning knyttet til natur- og klimaproblemstillinger. Det lover godt. I klimautvalget ønsker vi at psykologer blir mer bevisste på hvordan vår forståelse av menneskelivet kan være til hjelp for å skape et godt liv innenfor naturens økologiske grenser. Samtidig ønsker vi å bidra til at slike perspektiver kommer på agendaen for arbeidslivets parter. Vi er også tydelig på at fellesskapets prioriteringer er et politisk tema, og at vi må ta ansvar for å tydeliggjøre den ødeleggende utviklingens konsekvenser for menneskers liv og helse. Med andre ord ønsker klimautvalget å spille ball, men vi trenger flere med på laget. Kontaktinfo til klimautvalget finner du på psykologforeningen.no. ✕

REFERANSE

Stoknes, P. E. (2020). *Grønn vekst – en sunn økonomi for det 21. århundre*. Tiden Norsk Forlag.



Slik psykologstanden fremstår, virker den primært å være opptatt av individuell lykke framfor naturens ve og vel



John Turner 20

Spesialistspill for galleriet

Psykologforeningens nærmest monopolistiske makt over spesialistutdanningen innebærer få insentiver til å sørge for kvalitetssikring. Det er verdt å problematisere.

FOR DE FLESTE bedrifter innebærer et omdømmemetap faren for å bli utkonkurrert av andre med et bedre omdømme (Eccles mfl., 2007). Å håndtere renommé, og dermed begrense omdømmetap, er derfor viktig for alle bedrifter, og i dag er det en egen del av organisasjonsledelse (Wæraas & Maor, 2014). Selv om omdømmetap er skadelig for de fleste bedrifter, er enkelte bedrifter relativt immune. Denne relative immuniteten oppstår blant annet hos organisasjoner med «monopolmakt». Organisasjoner med monopolmakt over en vare som de selv kjøper, kan nærme seg «ideell immunitet». Psykologforeningen har denne ideelle immuniteten i kraft av sitt ansvar for spesialistutdanningen for psykologer. Det er det verdt å problematisere.

Etter endt utdanning har jeg gjennomført de obligatoriske kursene for spesialiseringen i klinisk voksen- og i allmenn- og samfunnspsykologi. Opplevelsen min fra spesialistløpet er at Psykologforeningens tilbud varierer i innhold, er vanskelig å navigere etter og ikke gir meg kompetansen jeg har behov for. I denne kronikken foretar jeg en kritisk gjennomgang av Psykologforeningens organisering og rolle i samfunnet, samt driften av spesialistløpet.

Fremfor å vurdere Psykologforeningen som fagforening alene tar jeg utgangspunkt i at foreningen også er en bedrift, utdanningsinstitusjon og politisk aktør. Hvordan dette kan antas å påvirke foreningens omdømme og kvaliteten på spesialistløpet, vurderes med utgangspunkt i teori og forskning på bedriftsledelse og markedsøkonomi. Jeg forsøker å besvare følgende problemstillinger:

1. Hva kjennetegner Psykologforeningens organisering av spesialistutdanningen, og innebærer denne organiseringen noen farer for redusert kvalitet?
2. Hva øker sjansen for at en bedrift får et dårlig omdømme, og bærer Psykologforeningen preg av disse farene?

NORSK PSYKOLOGFORENINGENS ROLLER

Psykologforeningen er fagforeningen for autoriserte psykologer i Norge. Foreningen har som formål å «ivareta medlemmenes faglige og økonomiske interesser og bidra til å forbedre menneskers livsvilkår og livskvalitet» (Norsk psykologforening, 2021a). Foreningen har også forpliktet seg til å fremme flere vitenskape-



TEKST Reidar Nævdal,
psykolog

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

**SPELIALIST-
UTDANNINGEN**



lige prinsipper gjennom blant annet prinsipperklæringen for evidensbasert praksis (Sentralstyret, 2007).

Foreningen er samtidig offentlig forvalter av spesialisttittelen og derfor også en utdanningsinstitusjon og kvalitetssikrer av psykologfaglig kompetanse i Norge (Norsk psykologforening, 2021a). Selv om det også fins flere andre aktører som tilbyr en utdanning som kan godkjennes som spesialitet (Norsk psykologforening, 2021b), er foreningen den klart største selgeren av spesialistløp, og derfor også en bedrift (Norsk psykologforening, 2021c). Medlemmene er altså ikke bare medlemmer, men også kunder.

FAREN FOR REDUSERT KVALITET

Politisk makt

Som fagforening er Psykologforeningen en politisk aktør. Det innebærer unike muligheter andre bedrifter ikke har. Denne politiske makten er nemlig ikke bare nyttig for foreningen som fagforening, men også for foreningen som bedrift. Et eksempel på dette er arbeidet med lønnsforhandlinger. Fagpolitisk har foreningen et uttalt mål om å sikre en høyere lønn til spesialister enn ikke-spesialister (Frøyland, 2018). Gjennom politisk arbeid har foreningen også sikret at arbeidsgiver, ikke deres medlemmer, i de fleste tilfeller betaler for spesialisering (Frøyland, 2018). Psykologer i spesialisering har derfor liten grunn til å vurdere om prisen er rimelig. Eller sagt på en annen måte: Bedriftens kunder har ingen grunn til å vurdere om varen de kjøper, er verdt prisen. Som kunde vil imidlertid produktet sikre en årlig lønnsøkning på i overkant av 200 000 NOK. Som bedrift oppnår derfor Psykologforeningen høye salg uavhengig av kvaliteten på varen.

Politisk makt tillater at Psykologforeningen ikke risikerer noen konsekvenser av en kvalitetsforsømmelse, og undersøker ikke utdannelsen strukturert. Spesialiseringen må altså ikke være dårlig, men organiseringen øker risikoen for kvalitetsforsømmelse. Jeg mener denne typen risiko er av spesiell betydning da spesialisttittelen er knyttet til befolkningens tjenestetilbud gjennom pakkeforløpet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) og en stor økonomisk utgift for helsetjenestene.

Monopolmakt

Uregulerte monopoler, selv uten politisk makt, tenderer naturlig mot å redusere kvali-

teten på varen eller øke prisen på varene de selger (Mussa & Rosen, 1978). Dette er positivt for bedriften, men går ut over kunden. Under pandemien er flere av spesialistkursene gjennomført digitalt. Prisen ble i den forbindelse senket med 50 kroner dagen sammenlignet med fysiske kurs (Norsk psykologforening, 2021d; Norsk psykologforening, 2021e). Om utgiftene foreningen sparte ved ikke å betale for forelesningssaler, materiell, kursledernes reise og mat til alle deltagere, var mer enn 50 kroner dagen, vil Psykologforeningen ha økt sin fortjeneste uten å øke kvaliteten på varen de selger. Alle monopoler kan gjennomføre en slik profittmaksimering uten reduksjon i salg (Mussa & Rosen, 1978). Det er derfor forståelig at foreningen vurderer videreføring av digitale kurs også etter pandemien (Valgfritt program i veiledning for psykologer som skal veilede andre yrkesutøvere, personlig kommunikasjon, 11. juni 2021).

Monopoler som Psykologforeningen står også i fare for å tvinge kunden til å kjøpe ett enkelt produkt selv om dette bare delvis møter kjøperens behov (Mussa & Rosen, 1978). I en undersøkelse av foreningens veilederutdanning ble nettopp dette funnet (Nielsen mfl., 2013). Gjennomføringen av utdannelsen hadde bare gitt åtte prosent av respondentene høyere lønn, og de fleste hadde ikke fått flere veilederoppdrag. For foreningen som utdanningsinstitusjon er ikke dette et problem, men siden foreningen også er politisk aktør, ble det stilt spørsmål ved om videreutdanningen var en suksess fordi den bare gjorde deltakerne mer kompetent og ikke førte til høyere lønn.

For meg personlig vil spesialisttittelen sikre høyere lønn og en formalisering av kompetansen min. Men den har gitt et lavere kompetanseutbytte enn jeg forventet. Spesialistutdannelsen oppfyller altså den fagpolitiske hensikten, men ikke mitt behov for kompetanseheving. Som ved de andre tilfellene over er ikke dette uforklarlig atferd fra Psykologforeningens side. De har liten grunn til å fokusere på noe annet enn den fagpolitiske hensikten. Det har nemlig ingen konsekvenser om utdannelsen er dårlig eller ikke strekker til for kjøperen.

I forbindelse med monopoler er det i Norge vanlig med en sterk statlig styring for å unngå de negative konsekvensene som er beskrevet over. Den statlige reguleringen av monopoler tar som regel utgangspunkt i konkurranselo-

ven med mål om «... å bidra til effektiv bruk av samfunnets ressurser» (konkurranseloven, 2004, § 1). I senere tid har spesialistutdannelsen for leger tatt i bruk en form for regulering ved å involvere Helsedirektoratet. Til tross for at Helsedirektoratet kan stille urimelige krav som kan forringe spesialistutdannelsen til leger, sikrer denne reguleringen et tydelig insentiv til å lage en så god spesialistutdanning som mulig til en rimelig penge.

FAREN FOR Å DRITE SEG UT

Uavhengig av kvalitetsnivå finnes det flere risikoer for at en bedrift opplever et omdømmetap. Eccles mfl. (2007) kaller dette omdømmerisiko, eller «reputation risk», og viser til tre typer risikoer.

Reputation-Reality Gap

Denne risikoen oppstår når en organisasjons omdømme er ufortjent godt, og det er stor avstand mellom omdømme og faktisk opptreden. Organisasjoner som har et sosialt ansvar for samfunnet – såkalt «corporate social responsibility» – er også ekstra sårbare for denne omdømmerisikoen (Shim & Yang, 2016). Om en organisasjon ikke lever opp til et samfunnsansvar, vil forbrukere lettere anse organisasjonen som hyklersk, og slik miste tillit til bedriften (Shim & Yang, 2016). Psykologforeningens forvaltningsansvar vil alene gi et stort samfunnsansvar. Foreningen øker også eget ansvar gjennom fremming av prinsipperklæringen for evidensbasert praksis. Siden Psykologforeningen ikke gjennomfører strukturerte evalueringer av utdannelsen, evalueringer av deltakernes læringsutbytte, stiller krav til innhold i kursene de drifter, m.m., kan dette oppleves som et brudd med prinsipperklæringen de selv fremmer, og slik skape en omdømmerisiko.

Changing Beliefs and Expectations

Om en kultur over tid endrer sine forventninger til en bedrift, vil en bedrift som ikke endrer seg etter kulturens forventninger, stå i fare for å tape anseelse. Kort oppsummert kan denne omdømmerisikoen beskrives som «det er ikke greit nå, selv om det har gått fint tidligere». Et eksempel på at Psykologforeningen ikke følger med i tiden, er at spesialisttittelen forvaltes av foreningen alene. Selv om dette var vanlig for flere profesjoner før, er dette ikke vanlig hos andre helseprofesjoner i dag. De fleste profesjoner avsluttet faktisk denne løsningen samtidig som den industrielle revolusjonen og opprettelsen av fagforeningene. Fagforeningene sikret arbeidernes rettigheter og erstattet laugene som tidligere hadde forvaltet alle titler gjennom politisk makt og monopolmakt (Bull & Gjerde, 2019). Psykologforeningen har også laget nye krav som bryter med samtiden. Ved deltakelse på digitale kurs er et avskrudd kamera i dag det eneste kriteriet som kan føre til at deltakere ikke består (L. K. Håkonsen, Personlig kommunikasjon, 9. juni 2021). Dette fremstår kanskje urimelig i seg selv, men bryter også med uttalte normer og anbefalinger andre utdanningsinstitusjoner følger (Datatilsynet, 2021).

Weak Internal Coordination

Om en del av en organisasjon lover noe som en annen del av organisasjonen ikke følger opp, skapes også en omdømmerisiko. I Psykologforeningens eget reglement skrives det at «... spesialistutdanningen skal baseres på



Det har nemlig ingen konsekvenser om utdannelsen er dårlig, eller ikke strekker til for kjøperen



den til enhver tid beste tilgjengelige kunnskap om god fag- og terapeututvikling». Om innholdet skal baseres på «god fag- og terapeututvikling», kan denne bare sikres gjennom å regulere hva som undervises, og hvordan dette undervises. Personlig har jeg også opplevd at foreningen avsto en søknad om godkjenning av veileder, med begrunnelse om at jeg tidligere hadde fått en annen søknad godkjent. Da jeg påpekte at reglementet ikke sier noe om hvor mange veiledere som kan bli godkjent, ble begrunnelsen omformulert i tråd med reglementet uten ny behandling i fagutvalget (Fagutvalget, personlig kommunikasjon, 17. november 2020). Dette er ikke bare dårlig koordinering, men også et brudd på god forvaltningsskikk (Ljone, 2017), som foreningen forplikter seg til (Norsk Psykologforening, 2021c). Foreningen bryter også god forvaltningsskikk ved at de ikke har klagerett på bestemmelser gjort av fagutvalget (Fagutvalget, personlig kommunikasjon, 17. november 2020). Om Psykologforeningen ønsker å redusere foreningens omdømmerisikoer, anbefaler Eccles mfl. (2007) fem enkle steg. Dette vil være å 1) evaluere Psykologforeningens omdømme, 2) evaluere drift, 3) redusere avstand mellom omdømme og drift, 4) monitorere forventningene til NPF over tid og 5) gi noen ansvaret for å gjennomføre steg 1–4.

SPILL FOR GALLERIET

Gjennomgangen ovenfor har vist at det er rimelig å anta at Psykologforeningens organisering øker sjansen for kvalitetsforsømmelse, unødvendig høye kostnader og redusert anseelse og tillit. Denne faren er en konsekvens av foreningens organisering og roller, og gjelder uavhengig av intensjoner og formålserklæring.

Som snart ferdig spesialist forbinder ikke jeg spesialisttittelen med god opplæring i evidensbasert kunnskap lenger. Tittelen fremstår som et spill for galleriet, og en hemmelighet jeg må holde på på vegne av foreningen. Faren ved monopoler er en del av læremålene i grunnskolen, og konsekvensene av å tape omdømme er også allment kjent gjennom historier som «Gutten som ropte ulv». Selv om oppsummeringen over kan virke noe omstendelig, savner jeg refleksjoner eller tiltak rundt denne selvfulgelige problematikken fra Psykologforeningens side. Jeg tror derfor at jeg ikke er alene om å miste tillit. Og om jeg er det, vil jeg ikke være det lenge. ❌

REFERANSER

- Andreassen, T. W. (1994). Satisfaction, loyalty and reputation as indicators of customer orientation in the public sector. *International Journal of Public Sector Management*.
- Bull, E. & Gjerde, Å. B. (2019, 19. desember). *Arbeiderbevegelsen*. Store norske leksikon. <https://snl.no/arbeiderbevegelse>
- Datatilsynet. (2021, 24. februar). *Kamera og digital undervisning i koronasituasjonen*. Datatilsynet. <https://www.datatilsynet.no/personvern-pa-ulike-omrader/korona/kamera-og-digital-undervisning-i-koronasituasjonen/>
- Eccles, R. G., Newquist, S. C., & Schatz, R. (2007). Reputation and Its Risks. *Harvard Business Review*, 85(2), 104.
- Frøyland, R. (2018, 5. februar). *Lønnspolitikk*. Psykologforeningen. [https://www.psykologforeningen.no/Media/Files/Tekstfiler-loenn-og-arbeidsvilkkaar/tillitsvalgkurs/grunnkurs-for-tillitsvalgte/2019/trinn-2-hoestkurset/norsk-psykologforenings-tariffpolitikk/\(language\)/nor-NO](https://www.psykologforeningen.no/Media/Files/Tekstfiler-loenn-og-arbeidsvilkkaar/tillitsvalgkurs/grunnkurs-for-tillitsvalgte/2019/trinn-2-hoestkurset/norsk-psykologforenings-tariffpolitikk/(language)/nor-NO).
- Helsedirektoratet. (2018). *Pakkeforløp. Psykiske lidelser – voksne*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>
- Konkurranseloven. (2004). *Lov om konkurranse mellom foretak og kontroll med foretakssammenslutninger* (LOV-2004–03–05–12). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2004–03–05–12>
- Ljone, F. (2017, 18. februar). *Forvaltningsrett*. Jusleksikon.no. <https://jusleksikon.no/wiki/Forvaltningsrett>
- Mussa, M., & Rosen, S. (1978). Monopoly and product quality. *Journal of Economic theory*, 18(2), 301–317.
- Nielsen, G. H. K., Danielsen, E., Befring, T. E., Bækkelund, H., Duckert, M., Fossum, I. S. & Storesund, I. J. (2013). Tilbakemeldinger fra tidligere deltagere reiser spørsmål om nytteverdien av Psykologforeningens veilederutdanning. *Psykologtidsskriftet*, 50(7), 681–684.
- Norsk psykologforening. (2021a). *Om psykologforeningen*. <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/om-psykologforeningen>
- Norsk psykologforening. (2021b). *Andre kurstilbydere*. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/block-forsideblokk-tosaker/spesialistutdanningen2/spesialitetene-i-psykologi/andre-kurstilbydere>
- Norsk psykologforening. (2021c). *Reglement for spesialitetene i psykologi*. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/block-forsideblokk-tosaker/spesialistutdanningen2/spesialitetene-i-psykologi/reglement-for-spesialitetene-i-psykologi>
- Norsk psykologforening. (2021d). *Samfunns- og allmennpsykologi kvalitetsarbeid i tjenestene*. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/block-forsideblokk-tosaker/spesialistutdanningen2/spesialitetene-i-psykologi/paamelding-obligatoriske-kurs/kvalitetsarbeid-i-tjenestene>
- Norsk psykologforening. (2021e). *Samfunns- og allmennpsykologi kvalitetsarbeid i tjenestene*. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/block-forsideblokk-tosaker/spesialistutdanningen2/spesialitetene-i-psykologi/paamelding-obligatoriske-kurs/systemkunnskap-samhandling-veiledning-og-konsultasjon2>
- Sentralstyret, N. P. (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*. <https://www.psykologforeningen.no/content/download/45426/755077/version/1/file/Prinsipperklæring%2B%2Bom%2BBevidensbasert%2Bpsykologisk%2Bpraksis%2B+%282%29.pdf>
- Shim, K., & Yang, S.U. (2016). The effect of bad reputation: The occurrence of crisis, corporate social responsibility, and perceptions of hypocrisy and attitudes toward a company. *Public Relations Review*, 42(1), 68–78.
- Wæraas, A., & Maor, M. (Red). (2014). *Organizational reputation in the public sector*. Routledge.

Autisme er ikke bare en guttegreie

Kjære psykologspesialist – vi må snakke litt. Vi må snakke litt om hvordan du ser på autismespekterforstyrrelser.



ELLER AUTISTER, som vi selv liker å kalle oss. Mer spesifikt må vi snakke litt om fordommene du sitter inne med når du møter pasienter i hverdagen din.

Du sitter kanskje med en oppfatning om at autister kun er vuggende nonverbale 12 år gamle gutter med en usedvanlig sterk interesse for tog. Du tenker kanskje at autisme er en «hype» som har blitt populær fordi den får pasientene til å føle seg spesielle, i likhet med at du tenker at ADHD var en «hype» før autisme ble det. Jeg har selv hørt en psykologspesialist si dette, som forklaring på hvorfor jeg ikke kunne være autist. En annen psykologspesialist forklarte meg i inngående detalj og med urovekkende entusiasme at autisme må være koblet til et Y-kromosom – noe jeg slett ikke har. En tredje oppga at jeg hadde empati, og da kan man jo heller ikke være autist.

Allikevel sitter jeg her, en autist med to X-kromosomer og et lite fjell med empati. Ikke føler jeg meg særskilt spesiell heller; jeg deler diagnosen med 75 000 000 mennesker på verdensbasis. Jeg er ikke engang spesielt interessert i tog som noe mer enn et fremkomstmiddel – og jeg er på ingen måte et autistisk unikum.

Allikevel er faktum at dersom man ikke har Y-kromosomet, er sjansen mye mindre for at man mottar autismediagnosen; disse menneskene er jo bare «litt rare». Den vanligste måten en kvinne eller ikke-binær person ender opp

med å bli utredet for autisme på, er faktisk at de oppsøker hjelpeapparatet på grunn av uforklarlig angst og depresjon i voksen alder. Det sier jo seg selv at dette ikke er helt heldig.

Jeg forstår at det kan være vanskelig å skulle gå inn i seg selv å tenke «kan det være jeg som har misforstått noe grunnleggende her?» når du har vært så sikker på at du hadde rett. Vi autister er absolutt ikke fremmed for tanken for at man kan misforstå – vi både misforstår og blir misforstått nærmest på daglig basis, på grunn av vår nevrologiske annerledeshet. Ironisk nok opplever vi særlig å bli misforstått innenfor systemet der du arbeider, og spesielt av deg.

Jeg forstår at endring gjør vondt. Jeg har selv fått det forklart av deg mange ganger, og at de som tør å arbeide med å endre tankegang rundt noe, er modige. Vær modig, kjære psykologspesialist. ✕

TEKST Veslemøy Krey Stubberud, samfunnsviter og medlem i Nevromangfold Norge

AUTISME



Allikevel sitter jeg her, en autist med to X-kromosomer og et lite fjell med empati

Barn og unges ansvar for eget liv

Hvis vi først skal snakke om ansvar og ansvarsfraskrivelse, bør vi kanskje starte med de voksne?



TEKST Ole Jacob Madsen, professor i kultur- og samfunnspsykologi, Universitetet i Oslo

BARN OG UNGE

PSYKOLOGISTUDENT Ivar Wathne Oftedal skriver i februarutgaven av *Psykologtidsskriftet* om barn og unges psykiske helse og kommenterer i den forbindelse min kritikk av folkehelse og livsmestring som et tverrgående tema i skolen fra og med 2020:

Men der Madsen poengterer at livsmestring i skolen er feil på grunn av individualisering av et samfunnsansvar, mener jeg at vi i tillegg må kunne erkjenne at mye av ansvaret for egen psykisk helse ligger hos de unge, og at vi derfor ikke kommer utenom en form for individualisering av ansvar.

Jeg tror man skal lete lenge for å finne noen som mener at individet *ikke* har et ansvar for sitt liv. Hele rettssystemet vårt har jo som utgangspunkt at mennesker er tilregnelige og dermed kan gjøres ansvarlig for sine handlinger. Noen unntak er det, deriblant barn under 15 år. Men også oppdragelsen er jo tuftet på ideen om at barn tidlig må lære seg å følge sosiale normer og regler, og gradvis ta ansvar for å kle på seg, pakke sekken sin, gå på skolen osv. Og til slutt til og med passe sin egen fysiske og psykiske helse. Her er det i utgangspunktet ikke så vanskelig å være enig med Oftedal.

Men når man forlater idealenes verden til fordel for virkeligheten, oppdager man fort at ikke alle har god fysisk eller psykisk helse. Helsen er som mye annet i samfunnet skjevfordelt. Ulikhetene ser bare ut til å øke på dette området også, og en stigende andel unge ser ut til å rapportere om stadig flere psykiske helseplager.

Her er jeg ikke sikker på om det er så mye hjelp å hente inn et populært Nietzsche-sitat som et styrende prinsipp, slik Oftedal gjør: «Den som har et hvorfor, kan håndtere nesten alle hvordan. Disse ordene bør i mine øyne forme det oppvekstmiljøet vi forsøker å konstruere for våre barn og unge.»

Siden Oftedal åpenbart interesserer seg for filosofi og ikke bare psykologi, kan jeg anbefale ham å ta en titt på Adornos *The Jargon of Authenticity*, der han går i rette med eksistenstenkere som Nietzsche og Heideggers høystemte råd om å omfavne ens skjebne. Faren er, mener Adorno, at disse risikerer å sementere en oppfatning i befolkningen om at livsinnstilling er alt og livsbetingelser ingenting. Det blir fort en ny slavemoral som først og fremst er i det bestående sin interesse.

Dette bringer meg tilbake til folkehelse og livsmestring. Oftedal vedgår jo at vi har: «konstruert et oppvekstmiljø som stiller svært høye krav til dagens ungdommer og deres mestringsevne. I et villnis av valgmuligheter når det gjelder høyere utdanning, sosiale arenaer, vurderingssituasjoner og kollektive ungdomsstandarder, er det ikke rart om de unge iblant kjenner på avmaktsfølelse og oppgitthet.» Dermed er det heller ikke så rart at mange unge opplever mye stress og press, ikke minst hva gjelder skolen, som kommer ut som den fremste kilden til stress i Ungdata-undersøkelsen. En problemfokuset løsningsmodell ville forsøkt å redusere på kravene i situasjonen, og eksempelvis sett kritisk på innholdet i ungdomsskolen som stadig flere vegrer seg for å gå på, eller de psykososiale virkningene av «fritt» skolevalg til videregående. Men isteden, og høyst sannsynlig fordi det er mindre kostnadskrevenne, har man valgt en emosjonsfokusert tilnærming der man med tverrgående temaer som folkehelse og livsmestring håper å kunne gi barn og unge de rette «verktøyene» for «å bygge god psykisk helse». Dette betrakter jeg som ansvarsforskyving, med et høyst uvisst utfall, og som i beste fall er til hjelp for de allerede ganske så mestrende, ressurssterke elevene.

Når det er sagt: Det betyr jo ikke at elevene ikke også har et individuelt ansvar for sin helse,



ANSVARSFORSKYVNING Livsmestring vil gi barn og unge «de rette verktøyene» for å «bygge god psykisk helse». Dette betrakter jeg som ansvarsforskyvning, med et høyst uvisst utfall, skriver Madsen. Foto: Marie Linnér/Scandinav/Scanpix

og at enhver må forsøke å gjøre det beste ut fra sine unike livsutfordringer. Vi må spille kortene vi blir gitt for hånden, i påvente av samfunnsendringer. Det tror jeg også dagens unge utmerket godt vet. Og skulle de glemme ansvaret for sitt eget liv, blir de kontinuerlig påminnet det av tidsånden via alt fra Insta-inspo til konsumerismen, til skolens rådgivere og til Jordan Peterson, ja, i så stor utstrekning at noen til og med blir overveldet av det før de i det hele tatt har begynt på voksenlivet. I så måte kan jo folkehelse og livsmestring også forstås som resultat av de voksnes dårlige samvittighet for det ikke-bærekraftige individualiserte valgsamfunnet unge fødes inn i, men der vi lener oss på skolen til å utruste barna til å takle det. Hvis vi først skal snakke om ansvar og ansvarsfraskrivelse, bør vi kanskje starte med de voksne? ✕



En problemfokuset løsningsmodell ville forsøkt å redusere på kravene i situasjonen, og eksempelvis sett kritisk på innholdet i ungdomsskolen

DEBATT OM BARN OG UNGE

Tidligere innlegg:

Nr. 02 - 2022 Trenger livsutfordringer, ikke diagnoser
(Ivar Wathne Oftedal)

Nr. 01 - 2022 Psykologi uten psyke, psyke uten samfunn
(Per Are Løkke)



Faksimile av desemberutgaven

Frykten for pasientens frykt

Kan det hende at det å fjerne søkelyset fra smerte, utmattelse og multisystemiske symptomer er en metode som ivaretar behandlere like mye som den ivaretar pasienten?



TEKST Frøydis Lilledalen, psykolog-spesialist og ufør

SMERTE-BEHANDLING

SIV HILDE BERG tok i desemberutgaven opp utfordringer ved ensidig kognitivt søkelys i smertebehandling. Hun igangsatte en viktig, og for mange etterlengtet, diskusjon om metode.

Siden jeg ble alvorlig syk for åtte år siden, har smerte vært en markant del av bildet. Jeg har møtt veldig mange behandlere. Tallet på leger, spesialister, psykologer, sykepleiere, hjemmehjelpere, fysioterapeuter og alternativbeholdere er høyt.

SMERTESIRKLER

Av disse har nesten alle snakket om hvor viktig det er å fokusere på det positive og å tenke mindre på smerter og utmattelse. Kun fem av dem har ikke greid ut om sammenhengen mellom kroppen og sjela.

Disse har hjulpet meg mest. Gjennom nysgjerrighet, åpenhet og utholdenhet. Gjennom validering, behandling og håp.

Ingen av de gangene jeg ble rådet til å tenke mindre på symptomene, var til særlig hjelp.

Ikke at jeg ikke prøver. Jeg har forsøkt nevrologvistisk programmering. Notatblokker er fulle av positive alternative tanker. I bokhylla har jeg selvhjelpsbøker og faglitteratur om smerte. Jeg har meditert til mantraet «I am healing» i årevis. Behandleren som sa «fokuser på det du får til», mente det godt, selv om alt jeg klarte, var å løftes på toalettet og drikke havresuppe.

Da jeg praktiserte som psykolog, jobbet jeg ofte med smertepasienter selv. Jeg ble opplært i «smertesirkelen». En ond sirkel som skisserer følgende: Pasienten har vondt / kjenner på symptomer. Å sette plagene i fokus øker symptom- og lidelsestrykket. Oppmerksomheten får fenomenet til å vokse. Fokuserer pasienten på problemene, vokser de. Mestrer de situasjonen, kommer bedringen.

Ingen lærte meg at dette er en *hypotese*. Ingen fortalte om årsak-virknings-utfordringene med modellen. Og ingen problematiserte mulige negative konsekvenser av hva ansvarliggjøring for smerter gjør med folk, når smertene ikke lar seg instruere.

KRONISK KLAGER

I lys av egen erfaring og møter med pasienter med andre invalidiserende lidelser har det vokst fram konkurrerende hypoteser om andre «onde sirkler».

Sirkler som for eksempel:

- 1) «Jon» sliter med sterke smerter, kognitive vansker og svimmelhet. Behandleren ber Jon om ikke å fokusere på symptomene. Teknikken virker ikke slik Jon og behandleren hadde håpet. Jon fortsetter å klage på symptomene og hvor mye de begrenser livet hans. Behandleren får «bekreftet» hypotesen om at Jons symptomfokus er markant. At det opprettholder og forsterker plagene hans. Jon fortsetter å klage. For plagene blir ikke borte. De blir ikke engang mindre. Behandleren noterer manglende mestringsevne hos Jon. Og uttalt helseangst.
- 2) «Klara» merker at kognitive mestringsteknikker ikke har effekt på utmattelse og sterke menstruasjonssmerter. Hun merker at behandleren blir oppgitt når hun snakker mye om vondter og fatigue. Av frykt for å fremstå som en «chronic complainer» slutter hun å snakke om plagene. Resignerer. Hun oppsøker bare lege for ting som ikke handler om symptomene som stjeler livskvaliteten hennes. Når Klara er for sliten til å dusje, eller har uutholdelige smerter, kommer skammen kryptende. Skammen over hvor dårlig hun er til å tenke konstruktivt. Behandleren attribuerer manglende symptomrapportering til at rådene han ga, var riktige og viktige. Han noterer at den onde sirkelen er brutt. Klara ble riktignok ikke frisk, men hun klager langt mindre enn før.

Rådene om å ikke fokusere på smerte, hjernetåke, utmattelse, menstruasjonssmerter eller kognitive vansker er velmente. Problemet er at ikke alle drar nytte av dem. Og for noen er de skadelige.

OPPMERKSOMHET SOM FENOMENFORSTERKER

For pasienter som faktisk har et uproporsjonalt forhold mellom lidelses-trykk og oppheng i symptomer, er rådene adekvate. For enkelte pasientgrupper gir innføring i smertesirkelen et bedre liv. Det er ikke alltid feil. Problemet er at det ikke alltid er rett. Hypotesen om oppmerksomhet som fenomenforsterker stemmer for noen. Utfordringen er den generelle til-liten hypotesen har fått, og når den blir eneste tilbud for pasienter med sterke smerter og kompleks patologi.

Et eksempel på pasienter som ofte presenteres for «den onde sirkelen», er ME-syke.

WHO har definert ME som en nevrologisk sykdom siden 1969. Myalgisk Encephalomyelitt er multisystemisk. Kjernekaraktistika er «anstrengelsesutløst forverring» (PEM). Det anslås at det er mellom 10 000 og 20 000 ME-syke i Norge (ca. 6000 av dem er organisert i ME-foreningen).

«Academy of Medicine» anslår i sin meta-analyse at ca. 5 prosent opp-lever tilfriskning.



Ingen lærte meg at dette er en hypotese. Ingen fortalte om årsak-virknings-utfordringene med modellen





Noen medisinerere hevder at frykten for langvarige symptomer øker sannsynligheten for langtidsplager

DEBATT OM SMERTEBEHANDLING

Tidligere innlegg:

- Nr. 01 - 2022 KAT mot smerte bommer uten relasjon (Borrick Schjødt)
- Nr. 01 - 2022 Kvinner er offer for psykologisering (Frøydís Lilledalen)
- Nr. 01 - 2022 Smertebehandling er skreddersøm (Elin Fjerstad, Torkil Berge)
- Nr. 12 - 2021 Der er ikke farlig å ha vondt (Siv Hilde Berg)

De resterende 95 prosent lever hele liv med ME med ulik grad, og med enten fluktuerende, progredierende eller stabile forløp.

Gitt at behandlingen som gis i dag, som opplæring i smertesirkelen, grønne og røde tanker, fokustrøning og kognitiv terapi, er årsaken til bedring hos de fem prosent som blir friske.

Bør vi ikke da utvikle et annet tilbud til de 95 andre prosentene? Skal en tilnærming som hjelper fem prosent, sette rammene for hvordan hele pasientpopulasjoner møtes, behandles og forskes på?

FATIGUE, HJERNETÅKE OG TUNGPUST

Det finnes ingen statlige behandlingstilbud for ME-syke. Ingen individtilpasset behandling av smerte, svimmelhet, søvnforstyrrelser, fatigue og forstyrret energimetabolisme. Ei heller for immunforstyrrelser, lav blodgjennomstrømning og endoteliopati – tilstander som ofte rammer ME-pasienter. Det finnes ingen behandlende sengepost for de sykeste, og i 2022 ble ikke ei krone bevilget til forskning over statsbudsjettet.

ME-syke blir i hovedsak tilbudt mestringskurs. Det er lite sannsynlig at den lave tilfriskningsraten skyldes så mange dårlige mestere. Å ansvarliggjøre pasienten for infeksjonsutløst/kompleks sykdom er ikke bare til begrenset hjelp. Det kan også forstyrre behandlingsrelasjonen. Lignende mekanismer finner vi ved andre (ofte kvinnedominerte) sykdommer som fibromyalgi, POTS, genetisk bindevevssykdom – og nå også long covid:

Ekspertene anerkjenner langvarig påvirkning av hjerte og hjerne etter korona. Man ser på autoimmun og hormonell involvering, og inflammasjon. En del long covid-syke sliter med fatigue, hjernetåke og tungpust. Mange blir helt bra, mens andre strever, også år etter sykdommen. Noen medisinerere hevder at frykten for langvarige symptomer øker sannsynligheten for langtidsplager.

Slike uttalelser er problematiske. Det er vanskelig å se nytteverdien av slike udokumenterte utsagn. Tro på selvhealing via innsats ved alvorlig patologi kan skade selvbilder. I tillegg til å være redd selve sykdommen implementeres en redsel for at du gjør deg selv syk. Eller skam over at du ikke blir bedre. Samtidig er det nesten umulig å argumentere mot en slik hypotese. For med mange og alvorlige symptomer kan de færreste si at de er verken opptatt av eller bekymret for dem.

MAKTESLØSE BEHANDLERE

Kan det hende at det å fjerne søkelyset fra smerte, utmattelse og multisystemiske symptomer er en metode som ivaretar behandlere like mye som den ivaretar pasienten? Man skal ikke undervurdere hvor krevende det er å ha pasienter som ikke blir bedre. Som klager på symptomer. Igjen og igjen. Behandlere kan bli både frustrerte og maktesløse. I mangel på tilgang til alternative forståelsesrammer og medisinske intervensjoner, ender vi opp med å gjøre det vi forsøker å få pasienter til å slutte med: Vi gjør mer av det som ikke virker. Et forskningsløft for postinfeksiøs sykdom vil hjelpe både behandler og pasient.

Og inntil vi har adekvat behandling, må vi kanskje orke å forholde oss til «Jon» som ikke blir bedre, og utforske hvorfor «Klara» har sluttet å komme. Å bli tatt på alvor vil for mange pasienter være en større kilde til håp og validering enn undervisning i «onde sirkler». ❌

Den krevende pasientrollen

Med påført skade i helsevesenet kreves det betydelig egeninnsats da det i dag kun utløser teoretiske pasientrettigheter.

SIV HILDE BERGS viktige kronikk «Det er ikke farlig å ha det vondt» har med rette både fått og gitt stor respons! I brukerperspektiv fanger den selve mestringen av pasientrollen, som er kompleks og vanskelig å fylle. På den ene siden handler det om å bli sett og forstått for den man er. På den andre siden kreves en betydelig innsats, ferdigheter og høy grad av helsekompetanse for å benytte seg av mange pasientrettigheter.

Som utdannet helsepersonell er jeg nå ufør med funksjonsnedsettelse etter at jeg ble utsatt for en pasientskade. Min erfaring er (satt på spissen) at det kreves SKILLS når man blir kronisk syk, får akutt sykdom eller blir skadet, og spesielt om man blir påført en pasientskade:

1. Høy juridisk kompetanse for å kjenne pasientrettigheter, rettigheter til behandling eller rehabiliteringsmuligheter, eller for å forsikre seg om at vedtak fra forvaltningen følger lover og god forvaltningspraksis
2. Høyere utdanning innen det aktuelle medisinske fagfeltet hvor sykdommen eller skaden tilhører
3. Digitale egenskaper for å orientere seg i lovverk, i retningslinjer og for å finne artikler for å validere helsehjelp. For å finne og bruke relevant kunnskap på nett, samt faggrupper eller pasientgrupper.
4. Gode norske skriftlige og muntlige egenskaper
5. Tilstrekkelig egeninnsikt, tro på seg selv og kjennskap til egne grenser
6. Høy grad av resiliens, pågangsmot og målrettethet
7. Økonomisk trygghet nok til å kunne innhente juridisk eller medisinsk bistand i tvister

Vi må ikke glemme at pasienten med ny sykdom eller nyskadet ofte entrer en helt ny arena i sitt liv. Selv om en pasient regnes som resurssterk, vil han kunne trenge hjelp til å ori-

entere seg i en ny hverdag, i et nytt miljø, i et nytt «land» med ukjent språk (medisinsk språk).

Det å stå i denne nye rollen som «syk» eller «skadet» krever et betydelig engasjement, og slageren «du må være frisk for å bli syk» har aldri vært så sann som i dag. Siv Hilde Berg deler en utfordring hvor hun føler hun må sette sine egne forventninger og grenser i annen rekke for å tilfredsstille det hun opplever som ønsker/krav i rehabiliteringsoppholdet. Men hva med pasienter som ikke har høy helsekompetanse? Vil de tørre å protestere om de kjenner på manglende forsvarlighet? Makter de å stå i uenighet med spesialistens velmente råd?

I møte med helsevesenet kreves det at pasienten mestrer flere roller, alt fra den submissive og føyelige rollen til den «faglige» rollen som forventes å delta i egen helsehjelp. Ved pasientskader får rollen tillagt ytterligere ansvar, nemlig å mestre det juridiske etterspillet.

Med påført skade i helsevesenet kreves det betydelig egeninnsats, da det i dag kun utløser teoretiske pasientrettigheter. Teoretiske i den forstand at pasienten selv er ansvarlig for å klage, selv må legge frem saken for pasientombud eller søke om erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) om skaden har gitt permanent invaliditet. Pasienter som ikke evner, klarer eller orker dette, faller lett utenfor. Å varsle om feil eller å klage på systemet betinger også stort mot. Spesielt når man er avhengig av et system og de samme personene som i neste omgang skal tildele deg rettigheter eller hjelp. Det er helt klart at redsel for mottrekk kan påvirke atferd og «utøvelsen» av pasienters helsekompetanse.

For å sikre juridisk og medisinsk trygghet for alle pasientskadede ønsker Pasientskadeforeningen at rettigheter ved pasientskader blir sikret gjennom et pakkeforløp. Det vil garantere en trygg oppfølging etter påført skade, medisinsk hjelp, tidsnær dokumentasjon og ivaretagelse av pasient, pårørende og helsepersonell. ✕



TEKST Hege M.K. Christensen, styremedlem i Pasientskade-foreningen

SMERTE- BEHANDLING



Men hva med pasienter som ikke har høy helsekompetanse?

MDMA-assistert psykoterapi for PTSD: Mellom hype og håp

Vi ser frem til nye studier som kan avdekke hvorvidt MDMA-assistert behandling kan bidra til bedre behandling for mennesker med PTSD.



TEKST Joar Øveraas Halvorsen¹ og Harald Bækkelund²

MDMA-ASSISTERT TERAPI

¹ Førsteamanuensis, psykologspesialist, Institutt for psykologi, NTNU og Nidaros DPS, St. Olavs hospital
² Forsker II, psykologspesialist, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Modum Bad

I DESEMBER-UTGAVEN av Psykologtidsskriftet kommer Ivar Goksøyr og Ramtin Daghighi med tilsvaret til vårt debattinnlegg «Ingen revolusjon ennå». Vi er helt enige med Goksøyr i at vi skal ønske velkommen nye, potensielt effektive behandlingstilnærminger, og Daghighi i at vi ikke skal stille andre krav til MDMA-assistert psykoterapi enn til andre behandlingstilnærminger.

Vi vil imidlertid understreke at vi står ved vårt budskap om at hypen forbundet med MDMA-assistert psykoterapi i liten grad samsvarer med de dataene vi har tilgjengelig om MDMA-assistert psykoterapi for PTSD per i dag. Vi trenger både mer og bedre data før man med rette kan påstå at MDMA-assistert psykoterapi vil «revolusjonere» eller representere «et paradigmeskifte» eller «en kur» i behandlingen av PTSD.

Vi mener vårt debattinnlegg står seg godt til tross for innvendingene fra Goksøyr og Daghighi. Vi ønsker imidlertid å utdype noen poenger for leserne av Psykologtidsskriftet, slik at de selv kan gjøre seg opp en mening om hypen rundt MDMA-assistert psykoterapi for PTSD står seg.

KOMPARATIV EFFEKT

I debattinnlegget påpekte vi at det ikke foreligger noen kliniske studier som undersøker den komparative effekten av MDMA-assistert psykoterapi med eksisterende kunnskapsbasert behandling. Daghighi beskylder oss for å unnlate «å rapportere hovedfunnene ved en

solid statistisk metaanalyse», med henvisning til Amoroso og Workman (2016). Amoroso og Workman sammenligner effektstørrelsen fra en tidligere meta-analyse av effekten av forlenget eksponeringsterapi ($k=13$, $N=675$; Powers mfl., 2010) med *kun* to fase II-studier av MDMA-assistert psykoterapi med totalt 37 pasienter. Amoroso og Workman rapporterer en effektstørrelse på $g=1.17$ (95 % CI 0.38–1.90), og sammenligner så denne med effektstørrelsen funnet av Powers mfl. (2010) på $g=1.08$ (95 % CI 0.69–1.46). Etter vår vurdering er det lite i sammenligningen av effektstørrelsene som tyder på at MDMA-assistert psykoterapi vil representere et paradigmeskifte eller revolusjonere behandlingen av PTSD.

Metaanalysen vi velger å basere oss på i vårt brev, er Mithoefer mfl. (2019), som samlet data fra *samtlig*e av de seks fase II-studiene ($N=105$) som var gjennomført på det tidspunktet. Den kontrollerte effektstørrelsen Mithoefer mfl. fant, var en god del lavere ($d=0.80$) enn effektstørrelsen rapportert av Amoroso og Workman. Vi mener at metaanalysen til Mithoefer mfl. holder en høyere metodisk standard enn Amoroso og Workman, og dermed mest sannsynlig gir et bedre bilde av den reelle effektstørrelsen for MDMA-assistert psykoterapi for PTSD. Dette var også bakgrunnen for at vi vektla resultatene fra Mithoefer mfl. i vårt innlegg. Resultatene fra den første fase III studien av MDMA-assistert psykoterapi (Mitchell mfl.,

2021; $d=0.91$ (95 % CI 0.44–1.37)) er også mer i samsvar med metaanalysen til Mithoefer mfl. enn Amoroso og Workman.

Vi står derfor ved vår opprinnelige påstand om at når man sammenligner både kontinuerlige og dikotome effektstørrelser på tvers av studier, så synes MDMA-assistert psykoterapi for PTSD – gitt foreliggende data – å ha tilsvarende eller dårligere effekt enn eksisterende psykologiske behandlingstilnærminger (Halvorsen mfl., 2021). For å avklare komparativ effekt er det et presserende behov for metodisk adekvate og pragmatiske randomiserte kontrollerte kliniske studier som direkte sammenligner MDMA-assistert psykoterapi med eksisterende kunnskapsbaserte psykologiske behandlingsmetoder (Halvorsen mfl., 2021).

FRAFALLSRATER

Både Goksøyr og Daghighi argumenterer at MDMA-assistert psykoterapi har lavere frafallsrater enn eksisterende kunnskapsbasert psykologisk behandling. I den siste metaanalysen av frafallsrater i behandling av PTSD fant man at traumefokusert psykologisk behandling er forbundet med noe høyere frafallsrater enn annen psykologisk behandling for PTSD (18 % vs. 14 %) (Lewis mfl., 2020). Til sammenligning er frafallsraten fra psykoterapi generelt 19,7 % (Swift & Greenberg, 2012), mens frafallsraten fra eksempelvis psykoterapi for depresjon er 17,5 % (Cooper & Conklin, 2015), og interper-

sonlig terapi har en overordnet frafallsrate på 20,6 % (Linardon mfl., 2019). Det er altså ikke slik at traumefokusert psykologisk behandling er forbundet med en betydelig høyere frafallsrate enn andre psykologiske behandlingsmetoder. Når traumefokusert behandling blir gitt i mer intensivt format, i stedet for ukentlige timer, synker frafallsraten til rundt 5 % (Sciarrino mfl., 2020), lavere enn frafallet rapportert i de kliniske studiene på MDMA-assistert psykoterapi (8 % som oppgitt av Goksøyr i hans debattsvar). Dette tyder på at frafall ofte handler mer om praktisk tilrettelegging og behandlingsintensitet enn behandlingsinnhold, også i MDMA-behandling.

Som påpekt av Bisson og Olff (2021) bør vi være varsomme med å sette likhetstegn mellom frafall og i hvilken grad en behandling er tolererbar, med mindre man eksplisitt har undersøkt årsakene til frafall. Blant pasienter i to randomiserte kontrollerte studier fant man eksempelvis at mellom 36 % til 56 % av pasientene som falt fra behandling, opplevde klinisk betydningsfull bedring (Szafranski mfl., 2017).

AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Vi er helt enig med Goksøyr i at vi i påvente av flere og bedre kliniske studier av MDMA-assistert psykoterapi for PTSD «får (...) øve oss på å ikke vite», men mener at denne øvelsen er vel så relevant for dem som påstår at denne behandlingsformen vil «revolusjonere» og represen-



Vi mener vårt debattinnlegg står seg godt til tross for innvendingene fra Goksøyr og Daghighi





... mens vi øver oss på å ikke vite, bør vi være varsomme med å beskrive effekten av MDMA-assistert behandling for PTSD på en måte som det ikke er faglig grunnlag for

tere et «paradigmeskifte» i behandling av PTSD. Og mens vi øver oss på å ikke vite, bør vi være varsomme med å beskrive effekten av MDMA-assistert behandling for PTSD på en måte som det ikke er faglig grunnlag for. Goksøyr's sitering av Bessel van der Kolk, om at MDMA-assistert psykoterapi må sees på «som en behandling av 'selvet'», oppfatter vi som nettopp den typen hype og uvitenskapelig budskap man bør være varsom med. Så vidt vi er kjent med, er ikke endring av «selvet» målt i noen av studiene. Eksisterende behandlingsmetoder for PTSD har dokumentert gode langtidseffekter (van Dis mfl., 2020), effekt på livskvalitet (Fortin mfl., 2021), emosjonsregulering og interpersonlige vansker (Oprel mfl., 2021) og endring i epigenetiske markører (Vinkers mfl., 2021), uten at det har medført påstander om at metodene behandler «selvet».

Avslutningsvis vil vi si oss enige med Goksøyr og Daghighi i at vi må være åpne for nye behandlingsmetoder, og vi ser frem til nye studier som kan avdekke hvorvidt MDMA-assistert behandling kan bidra til bedre behandling for mennesker med PTSD. Vi håper samtidig at nysgjerrigheten og engasjementet for MDMA-assistert psykoterapi for PTSD ikke nødvendigvis må føre til en grunnløs hype som potensielt bidrar til urealistisk håp og frarøver pasienter muligheten til å ta informerte valg. Ikke minst, som påpekt av Aday og kollegaer (2021), vil «den betydelige hypen fra positiv mediedekning om det kliniske potensialet av psykedelika kunne påvirke forskningsdeltakernes forventninger om behandlingseffekt» (vår oversettelse; s. 2), som kan medføre at det blir vanskeligere å tolke resultatene fra kliniske studier på denne behandlingsformen. ✕

DEBATT OM MDMA-ASSISTERT PSYKOTERAPI

Tidligere innlegg:

- Nr. 12 - 2021 Data rekende på ei fjøl (Ivar Goksøyr)
- Nr. 12 - 2021 Overdimensjonert kritikk av MDMA (Ramtin Daghighi)
- Nr. 10 - 2021 Ingen revolusjon ennå (Joar Øveraas Halvorsen, Harald Bækkelund)

REFERANSER

- Aday, J., Heifets, B. D., Pratscher, S. D., Bradley, E., Rosen, R. & Woolley, J. (2021). Great Expectations: Recommendations for improving the methodological rigor of psychedelic clinical trials. <https://doi.org/10.31234/osf.io/nrb3t>
- Amoroso, T. & Workman, M. (2016). Treating posttraumatic stress disorder with MDMA-assisted psychotherapy: A preliminary meta-analysis and comparison to prolonged exposure therapy. *Journal of Psychopharmacology*, 30(7), 595–600. <https://doi.org/10.1177/0269881116642542>
- Bisson, J. I. & Olf, M. (2021). Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1824381. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1824381>
- Cooper, A. A. & Conklin, L. R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 40, 57–65. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.001>
- Fortin, M., Fortin, C., Savard-Kelly, P., Guay, S. & El-Baalbaki, G. (2021). The effects of psychotherapies for posttraumatic stress disorder on quality of life in the civilian population: A meta-analysis of RCTs. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Halvorsen, J. Ø., Naudet, F. & Cristea, I. A. (2021). Challenges with benchmarking of MDMA-assisted psychotherapy. *Nature Medicine*. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01525-0>

- Lewis, C., Roberts, N. P., Gibson, S. & Bisson, J. I. (2020). Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1709709. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1709709>
- Linardon, J., Fitzsimmons-Craft, E. E., Brennan, L., Barillaro, M. & Wilfley, D. E. (2019). Dropout from interpersonal psychotherapy for mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 29(7), 870–881. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497215>
- Mitchell, J. M., Bogenschutz, M., Lilienstein, A., Harrison, C., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., O'Alora G, M., Garas, W., Paleos, C., Gorman, I., Nicholas, C., Mithoefer, M., Carlin, S., Poulter, B., Mithoefer, A., Quevedo, S., Wells, G., Claire, S. S., van der Kolk, B., Tzarfaty, K., Amiaz, R., Worthy, R., Shannon, S., Woolley, J. D., Marta, C., Gelfand, Y., Hapke, E., Amar, S., Wallach, Y., Brown, R., Hamilton, S., Wang, J. B., Coker, A., Matthews, R., de Boer, A., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A. & Doblin, R. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature Medicine*. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01336-3>
- Mithoefer, M. C., Feduccia, A. A., Jerome, L., Mithoefer, A., Wagner, M., Walsh, Z., Hamilton, S., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A. & Doblin, R. (2019). MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials. *Psychopharmacology*, 236(9), 2735–2745. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05249-5>
- Oprel, D. A. C., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., Kleine, R. A. d., Cloitre, M., Wigard, I. G., van Minnen, A. & van der Does, W. (2021). Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR+Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1851511. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851511>
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J. & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635–641. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.007>
- Sciarrino, N. A., Warnecke, A. J. & Teng, E. J. (2020). A Systematic Review of Intensive Empirically Supported Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 33(4), 443–454. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jts.22556>
- Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Szafranski, D. D., Smith, B. N., Gros, D. F. & Resick, P. A. (2017). High rates of PTSD treatment dropout: A possible red herring? *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 91–98. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.01.002>
- van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P. & Engelhard, I. M. (2020). Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265–273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>
- Vinkers, C. H., Geuze, E., van Rooij, S. J. H., Kennis, M., Schür, R. R., Nispeling, D. M., Smith, A. K., Nievergelt, C. M., Uddin, M., Rutten, B. P. F., Vermetten, E. & Boks, M. P. (2021). Successful treatment of post-traumatic stress disorder reverses DNA methylation marks. *Molecular Psychiatry*, 26(4), 1264–1271. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0549-3>

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

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten. Vi ønsker debatt om aktuelle samfunns temaer, 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.



ANMELDT: BOK

Snevert om evolusjonspsykologi

Å gi en introduksjon til et fagfelt er et ambisiøst prosjekt. Denne boken bidrar lite til å bygge forståelse for og ferdigheter i evolusjonspsykologi ut over forfatterens eget spesialområde.



BOK *En kort innføring i evolusjonspsykologi*

FORFATTERE

Leif Edward Ottesen Kennair, Trond Viggo Grøntvedt og Mons Bendixen

ÅR 2021

FORLAG

Fagbokforlaget

SIDER 178

ANMELDT AV

Erling W. Rognli, PhD, spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi, Avdeling for barn og unges psykiske helsevern, Akershus universitets-sykehus HF

DE FLESTE SOM har avlagt en del eksamener, vil kjenne seg igjen i situasjonen: En langsvareoppgave omhandler et ganske bredt tematisk område, men du har skikkelig god peiling på en bestemt del av det, så du avgrenser og tolker oppgaven litt snevert, slik at du kan vie mest oppmerksomhet til det du kan aller best. Strategien kan selvsagt fungere dersom avgrensingen faktisk bidrar til å fokusere fremstillingen, men ofte fører det til at man leverer en riktig god besvarelse – av en nokså annen oppgave enn den som ble oppgitt.

Ikke at jeg tror forfatterne av *En kort introduksjon til evolusjonspsykologi* ville streve med noen som helst eksamen i temaet for boken sin – de representerer trolig landets fremste fagmiljø på sitt felt. Nettopp derfor hadde jeg som evolusjonsinteressert psykolog høye forventninger til *En kort introduksjon til evolusjonspsykologi*. Boken hører til Fagbokforlagets serie av korte introduksjoner til psykologiske emner og disipliner, hvor det uttalte målet er «at bøkene skal gi en oversikt over og en innføring i emnene, samtidig som de skal kunne brukes som et utgangspunkt for repetisjon». Den består av 153 sider fordelt på 15 kapitler, samt en oversikt over sitert litteratur etter hvert kapittel og et stikkordregister.

Å introdusere noen for et fagfelt er ingen triviell oppgave. En introduksjon skal helst gi

oversikt over fagfeltets underområder, en viss forståelse av emnets historikk, kjennskap til sentrale teorier og empiriske funn. Den bør også gi innsikt i sentrale faglige problemer og begrensninger ved rådende teorier og empiriske funn. Viktigst av alt bør den lede leseren inn mot en forståelse av hvordan feltets tenkemåter, teorier og etablerte kunnskap anvendes for å forstå nye fenomener.

I *En kort introduksjon til utviklingspsykologi* er det særlig kapittel to og tre som fyller noe av denne funksjonen, og i viss grad fire og fem. Forfatterne presenterer i disse kapitlene grunnleggende evolusjonsteori og evolusjonspsykologi. De klargjør sentrale begreper som naturlig seleksjon, seksuell seleksjon og «inclusive fitness». De introduserer også den sentrale ideen om mellomnivåteorier – mer spesifikke teorier innenfor en evolusjonsteoretisk overbygning som igjen danner grunnlag for evolusjonspsykologiske hypoteser og testbare prediksjoner.

Det er mange gode anslag i de første fem kapitlene, men denne delen av boken gis altfor liten plass, og stoffet utvikles for lite. Eksempelvis blir trinnene i utviklingen av en evolusjonspsykologisk hypotese beskrevet helt summarisk på fire linjer, uten noen særlig videre forklaring eller utdyping av begrepene. Forfatterne haster i stedet videre til de neste åtte



ILLUSTRASJON AV ANDREW SHUTTERSTOCK/NTB

kapitlene om sitt eget forskningsfelt – kjønnsforskjeller og seksualpsykologi belyst av seksuell strategiteori. Disse kapitlene er gode oppsummeringer av evolusjonspsykologisk forskning på pardannelse og seksualatferd, og presenterer empiri fra forfatterne egen forskning og faglitteraturen for øvrig på en ryddig måte. Samtidig ser jeg ikke helt hvordan progresjonen i disse kapitlene bidrar til å bygge forståelse for og ferdigheter i evolusjonspsykologi som fagfelt ut over forfatterne eget spesialområde. Boken avsluttes med et kapittel om kritikk og misforståelser av evolusjonspsykologi, og et oppsummerende kapittel hvor fokus fortsatt er solid plassert på menneskets evolverte *seksuelle* psykologi.

Jeg er ikke i tvil om at forfatterne kunne ha skrevet en svært god introduksjon til evolusjonspsykologi om de hadde hatt større pedagogiske ambisjoner og en bredere orientering, hvor ulike mellomnivåteorier fikk illustrere fellestrekkene i solid evolusjonspsykologisk tenkning. Denne boken kunne også blitt en god introduksjon til evolusjonær seksualpsykologi. Som en kort introduksjon til evolusjonspsykologi som fagfelt blir den dessverre utilstrekkelig snever i sitt perspektiv. ✘

”

En introduksjon skal helst gi oversikt over fagfeltets underområder

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

MINNEORD**STIG LEIV WAMMER**

(1954–2021)



Vår kjære kollega og venn Stig Leiv Wammer døde etter lang tids sykdom den 2. desember 2021, 67 år gammel. Stig var spesialist i klinisk psykologi, barn og ungdom. Han var en varm, humoristisk, åpen og interessert fagperson og en menneskevenn.

Vi fikk ham som kollega på Krise- og utredningsenheten (KE) på BUPA, Ullevål sykehus, på begynnelsen av 2000-tallet. Vi ble en nær vennegjeng, mye takket være ham og hans lune og hjertevarme personlighet. Fra Søndre Nordstrand BUP kom Stig inn i teamet som en ettertenksom og inspirerende fagperson. I arbeidet fant han lett tonen med både barn og foreldre. Stig hadde en særegen evne til å komme i kontakt med barn og hadde en genuin interesse for barns verden. Faglig sett viste han stor bredde, var godt orientert og leste mye. Dersom han skulle velge et særlig interessefelt, ville han nok selv ha fremhevet eksistensiell psykologi, ikke minst Irvin Yalom. Han var også opptatt av eksistensiell filosofi og kunne

titt og ofte sitere Kierkegaard i lystig lag. I arbeidet med barn var han opptatt av å nå inn til barna via kreative metoder, og var glad i å bruke sandkasse, tegning og lek.

Stig var en habil jazzpianist og spilte gjennom mange år i rhythm and blues-trioen Sagene lunsjband. Han var en ektefølt frankofil, han var interessert i kunst og litteratur, og det var han som tok initiativet til å etablere filmklubben med oss gamle KE-kollegaer. Gjennom mange år har det å møtes til et godt måltid og se en god film i lag etterpå gitt oss mye hygge og inspirasjon.

Stig var en familiemann. Han delte mye fra familielivet sitt og snakket alltid om familien med stor varme. Ikke minst var han lykkelig over barnas dyptgående interesse for musikk. De siste årene ble Stigs liv preget av alvorlig sykdom. Han beholdt likevel den tette kontakten med oss vennene fra KE, og vi har hatt mange fine treff også gjennom sykdomsperioden. I begynnelsen av desember 2021 måtte han gi tapt. Stig etterlater seg et stort tomrom og et dypt savn. Vi minnes Stig med stor taknemlighet for alt vi fikk oppleve sammen! Våre tanker går til Siv og til hans tre barn Lisa, Alfred og Ellinor.

Lesley June Farstad og Margrethe Treider

MINNEORD

ODD E. HAVIK

(1944–2022)



FOTO: KRISTIAN HERREID EIDE

Odd E. Havik døde etter lang tids sykdom 30. januar 2022. Han var født 30. mai 1944 i Snåsa.

Vi har vært Odds studiekamerater, kolleger og venner gjennom mange år.

Odd engasjerte seg tidlig både i selve faget og i studentpolitikken. Han ble leder av psykologistudentenes fagutvalg og hadde en naturlig autoritet og tydelighet som preget ham hele livet.

Da Universitetet i Bergen søkte etter annenavdelingsstudenter, valgte Odd og vi andre å dra. Vi holdt sammen i studier og fritid. Toril kom til Bergen våren 1970. Fra da av ble et nytt begrep etablert: TorilogOdd.

Vi var de første profesjonsstudentene i psykologi i Bergen og fikk oppgaver og utfordringer som noen ganger var i grenseland med tanke på den kompetansen vi hadde.

Odd fikk en imponerende karriere. Vi var pionerer i psykologistudiet i Bergen, der Odd ble igjen og var med på å utvikle et bunnsolid miljø. Hans arbeidskapasitet og faglige dyktighet førte til mange oppdrag, og han vek aldri unna når det gjaldt å ta på seg viktige oppgaver.

Fra 1990 var han professor i klinisk psykologi. Odd ble landets første professor i helsepsykologi ved Universitetet i Oslo. Han ledet store prosjekter innen behandlingsforskning og personlighetsdiagnostikk. I tillegg var han dekan ved det Psykologiske fakultet. På hans 70-årsdag holdt universitetet en æreskonferanse som oppsummerte hovedinteressen hans: «Klinikknær forskning og forskningsnær klinikk.» I den anledning uttalte

han at helsevesenet ikke er en garantist for et smertefritt liv. For Odds del ble helsevesenets begrensninger sanne. Vi tenker på utfordringene han og Toril etter hvert sto overfor.

Odd var ikke bare en fremstående representant for faget, han var også en nær venn. Samværet med TorilogOdd var preget av raushet, varme, humor og latter. Vi har vært på utallige turer sammen og delt mye fest og moro.

Både hverdagsmiddager og festmåltider ble båret frem fra det Havikske kjøkken.

Odd var allsidig og kunnskapsrik. Han interesserte seg for billedkunst og litteratur, men var også oppfinnsom og nevenyttig.

Vi minnes med vemod det brede smilet og de underfundige kommentarene til Odd når han nå er borte. Våre varmeste tanker går til Toril, Jo, Tone og barnebarna.

Björg Grova, Erik Larsen og Britt Venner

Nye endringer i arbeidsgivers adgang til å trekke lønnen din

Til enhver tid i et arbeidsforhold foregår det en transaksjon mellom deg og din arbeidsgiver. I prinsippet er denne transaksjonen ikke ulik andre ting du vanligvis gjør, for eksempel å kjøpe mat på butikken. På lik linje med at du betaler noen kroner for en banan, betaler arbeidsgiver en avtalt sum for de timene og den arbeidskraften du personlig stiller til disposisjon for dem. Fordi dette er en grunnleggende del av arbeidsforholdet, er det klare utgangspunktet at arbeidsgiver skal betale deg lønn for den tiden du arbeider.

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



TEKST

The Van Pham,
Rådgiver i
Forhandlings-
avdelingen

Det tilhører altså unntakene at arbeidsgiver kan betale deg mindre enn det som er avtalt, så lenge du har oppfylt din del av avtalen. Samtidig er det viktig å skille mellom de tilfellene hvor arbeidsgiver reduserer lønnen fordi man ikke har jobbet – hvis utgangspunktet er at du skal jobbe 40 timer i uka, men kun har jobbet 35, vil arbeidsgiver naturligvis kunne redusere lønnen tilsvarende. Avhengig av årsaken til dette fraværet vil du til gjengjeld kunne ha krav på annen form for betaling, herunder sykepenger eller feriepenger.

Når man i arbeidsrettslig forstand snakker om trekk i lønn, er det som regel snakk om arbeidsgivers anledning til å kreve penger fra arbeidstaker gjennom å trekke fra den avtalte lønnen som egentlig skal utbetales. Her må man også se bort fra de lovlige trekkene for blant annet feriepenger, skatt og pensjon.

De fleste arbeidstakere her til lands har eller har hatt en arbeidskontrakt hvor det står en klausul som er ment å gi arbeidsgiver en mulighet til å trekke i neste lønning dersom det er gjort en feilutbetaling. Hvorvidt dette praktiseres, og eventuelt hvordan dette gjøres, varierer veldig. Før jul behandlet Høyesterett en sak som omhandlet akkurat et tilfelle hvor arbeidsgiver ønsket å trekke arbeidstakerne i lønn på grunn av at virksomheten selv hadde utbetalt for mye til disse.

Tidligere har det vært uklart hvorvidt disse generelle klausulene i seg selv gir grunnlag for trekk i lønn, men denne dommen gir nå en

avklaring på at en klausul må være mer konkret for å kunne gi adgang til trekk. For eksempel vil et avtalepunkt om faste trekk for kantineutgifter enklere kunne sies å være lovlige.

Samtidig vil ikke arbeidsgiver kunne kreve trekk i lønn for enhver sum kun fordi det er utbetalt for mye ved en lønning. Ved spørsmål om arbeidsgiver skal kunne trekke i lønn, må det også vurderes om arbeidsgiver i det hele tatt kan kreve tilbake det feilutbetalte. Ved vurderingen vil det være avgjørende hvor lenge det er siden feilen skjedde, og hva feilen skyldtes. Jo lenger det er siden feilutbetalingen fant sted, jo mindre rimelig vil det være at arbeidsgiver krever tilbake summen. Dersom feilen skyldes at du har ført feil timer eller for mye overtid, vil terskelen være lavere for å kunne kreve tilbake pengene, mens terskelen blir høyere dersom feilen i større grad skyldes arbeidsgiver. I tillegg til disse momentene vil størrelsen på beløpet også være av betydning.

Heldigvis er lønnstrekk hvor begge parter har en felles forståelse av grunnlaget, det vanligste. Hvis du likevel skulle oppleve at arbeidsgiver ønsker å trekke deg i lønn på grunn av eksempelvis for mye utbetalt lønn, kan du nå kreve at arbeidsgiver inngår en konkret avtale med deg om akkurat grunnlaget og omfanget før de velger å trekke deg. Husk også at forhandlingsavdelingen er tilgjengelig for rådgivning rundt disse spørsmålene, ta gjerne kontakt med oss hvis du mottar krav om trekk i lønn fra din arbeidsgiver (i tillegg til mye annet!).

Sidene merket
Medlemsnytt
er produsert av
Psykologforeningen
og redaksjonelt
uavhengig av
Tidsskrift for Norsk
psykologforening.

Fysiske omgivelser er viktig, også for psykologisk behandling

Det er en selvfølge at somatiske sykehus og legekontor er utformet på særskilte måter, for å gi effektiv behandling. Like naturlig er det at somatisk behandling krever mye spesifikt teknisk utstyr, fra blodtrykksmålere til respiratorer. På samme måte stiller også psykologisk utredning, behandling og omsorg krav til de fysiske omgivelsene behandlingen gis i.

Betydningen av fysiske omgivelser i psykologisk behandling blir imidlertid lettere oversett, eller forvekslet med behovene ved somatisk behandling. Noen behov er selvsagt delvis overlappende, men det er likevel forskjeller. Konfidensialitet er alltid viktig, samtidig som behovet for helt skjermede samtaler, og lydisolering som sikrer at en pasients uro ikke forstyrrer en annen pasients behov for ro, er enda større innen psykisk helsevern enn i somatikken. Tilgang til dagslys, utsikt til natur og oppmuntrende omgivelser er viktig for mange pasienter, men ser ut til å være særlig viktig for pasienter med psykiske plager.

Og så er det alle de andre tingene som ofte skiller de somatiske og psykiatriske avdelingene. Som behovet for aktivitet, både innendørs og utendørs. Det å kunne delta i meningsfulle aktiviteter sammen med pasientene kan være viktig både som behandling, som forebyggende tiltak mot uro og i forbindelse med vurdering og utredning. Før man skriver ut en pasient til kommunen, kan det være veldig nyttig å vite om hen er i stand til å lage et enkelt måltid, eller om ulike typer fysisk aktivitet bedrer eller forverrer symptomene.

I tillegg kommer behovet for sikkerhet og trygghet. Det er viktig at omgivelsene er sikre, det vil si at det er få muligheter til å skade seg selv eller andre. Nedslitte rom hvor lister og rør lett kan brytes av, hvor møbler er spinkle og lett kan kastes eller knuses, og hvor det er mange steder å feste tau, er ikke sikre. Samtidig må omgivelsene også oppleves trygge. En madrass i hjørnet av et tomt rom er kanskje sikkert, men føles vanligvis ikke trygt eller respektfullt for pasienten. Det bør derfor være like selvfølgelig at en skjermingsenhet har tilpassede «psykiatrisenger», sittemøbler som ikke kan kastes eller brukes som våpen, eventuelt også tilgang til vektdyner/kuledyner,

som at en somatisk intensivavdeling har respiratorer og hjertemonitorer. Begge avdelingene er intensivavdelinger, innen hvert sitt felt, og må utformes etter sine fagspesifikke behov.

Behovet for tilpassede omgivelser er selvsagt like viktig i kommunale tjenester, som samlokaliserte boliger, dagsentre og annet. Ofte handler det om balanse, hvor det er viktig å både ha mulighet til å veksle mellom å være sammen med andre og å kunne trekke seg tilbake. Mellom aktivitet og hvile, selvstendighet og tilgang til hjelp. Samtidig som både sikkerhet og trygghet ivaretas. Mye av dette kan og må reguleres av helsepersonell i tjenestene, men arbeidet deres kan lettes eller kompliseres av omgivelsene. Det er enklere å få en engstelig person til å våge å gå på dagsenteret dersom det er romslig plass og valg mellom ulike sittegrupper, enn hvis man kommer rett inn i et trangt, overfylt oppholdsrom. Lys og luft kjennes ofte tryggere enn mørke, innestengte rom. Gode oppbevaringsløsninger gir mange muligheter for aktiviteter, uten at alt ligger fremme og blir kaotisk og overveldende. Og så videre.

Mange psykologer gjør mye godt arbeid for å kompensere for mangler i de fysiske omgivelsene. Det er også mange psykologer, både tillitsvalgte og andre, som engasjerer seg i byggekomiteer og/eller protesterer mot samlokaliseringssprosjekt som i liten grad vektlegger hensynet til psykologisk behandling. Tusen takk til dere – dette er så viktig, og noe jeg håper enda flere vil engasjere seg i. Både i de helt små, lokale prosjektene som handler om innredning av dagsenteret, og i de store sykehusbyggesprosjektene. Psykologisk behandling er et eget fagfelt, med andre behov enn somatikken. Som psykologer kan vi bidra til at våre pasienter får behandling i omgivelser tilpasset deres behov. Det fortjener både pasientene og de ansatte.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Arnhild
Lauveng, Visepresident
for fag og profesjon



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 samt 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 familievernet. 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 familievernet, 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, 5.-6. mai 2022 (1. samling)

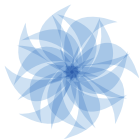
Påmeldingsfrist: 31. mars 2022

Medlemspris: kr 7400 per samling

Kursnr.: 120-22

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



Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Fysisk oppmøte og digitalt.

**Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Accredited Senior Trainer**

**The Art of EMDR m/Roger Solomon
Røros, 20.–23. september – Ny dato!**

Informasjon: www.emdrutdanning.no

EMDR MED BARN

**20.–22.04.22. digitalt
se info på www.emdrkurs.no**

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



LÆR OM KLINISK HYPNOSE

Informasjon og kursnyheter finnes på NFKEHs
hjemmeside: hypnoseforeningen.no
Norsk forening for klinisk evidensbasert hypnose

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. april**, frist for å bestille
annonse til april-utgaven er **21. mars**

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



IGA

Institutt for
gruppeanalyse og
gruppepsykoterapi

Utdanning i GRUPPEPSYKOTERAPI og GRUPPEANALYSE

**Kan inngå i psykoterapispesialitet
for psykologer (4 år)**

Utdanningen starter med 1-årig Grunnleggende trinn eller 2-årig Trinn A, avhengig av teori- og erfaringsbakgrunn. Utdanningen er tverrfaglig og arrangeres som blokk-kurs med fem årlige samlinger à 3-3,5 dager, og som består av teori, veiledning og egenerfaring i grupper. Lokale og/eller digitale kollegiale veiledningsgrupper mellom delkursene tilkommer.

Grunnleggende trinn formidler basiskunnskap om gruppeprosesser og gruppepsykoterapi.

Trinn A utdanner til å arbeide kvalifisert og systematisk med gruppepsykoterapi i førstelinjen og på spesialistnivå.

Trinn B, også 2-årig, setter kandidatene i stand til å arbeide selvstendig med gruppepsykoterapi og gruppeanalyse og gir grunnlag for å veilede i gruppepsykoterapi. Full gruppeanalytisk utdanning inkluderer godkjenning av skriftlig oppgave etter fullført Trinn B.

IGA tilbyr også seminar i mentaliseringsbasert terapi (MBT), rus- og avhengighetsbehandling i grupper og i grunnlegg-ende psykoanalytisk teori knyttet til utdanningsprogrammet.

Psykologer som ønsker spesialisering i psykoterapi tilbys et 4-årig obligatorisk program, med start på Trinn A. Psykologer som vil bruke IGA-utdanningen til psykoterapispesialitet, må forholde seg både til NPFs og til IGAs krav for godkjenning. NPF godkjenner nå videoveiledning, men krever fysiske møter annen hver måned.

2-årig utdanningsprogram i gruppepsykoterapi med barn og unge. Programmet er tverrfaglig. Man går i egen teori- og veiledningsgruppe, har egne forelesninger og forberedelsesdag, men følger ellers fellesprogrammet. For leger i BUP kan programmet inngå i deres spesialisering.

Sted: Thon hotell Vette, Asker.

For nærmere informasjon og for søknadsskjema se vår hjemmeside www.iga.no.

Søknadsfrist 21. april 2022.

Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi

Gjerdrums vei 19, 0484 Oslo
Tel: 466 11 630, E-post: iga@iga.no

PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

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 eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering. 21.03, 19.04, 19.05, 20.06, 18.07, 19.08, 19.09, 19.10, 18.11

Fagpressen **F**
OPPLAGSKONTROLLERT

The Norwegian University of Science and Technology (NTNU) creates knowledge for a better world and solutions that can change everyday life.



TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

ARE YOU ONE OF US?

NTNU IS LOOKING FOR DEDICATED EMPLOYEES

Faculty of Social and Educational Sciences
Department of Psychology

Associate professor in work and organizational psychology

Two vacant permanent full-time positions.

Workplace: Trondheim

Application deadline:
20.03.2022



Norwegian University of
Science and Technology

jobbnorge.no

www.ntnu.edu/vacancies

Vil du bli kommunepsykolog i Gulen og Masfjorden?

Gulen og Masfjorden kommunar har gjennom vertskommunesamarbeid ledig 100 % fast stilling som kommunepsykolog. Stillinga er nyoppretta, med opstart snarast/etter avtale.

Stillinga inngår i eining helse, saman med andre fagtenester og arbeidsoppgåvene er knytt til mellom anna førebyggjande og kurative tenester, rettleiing og fagstøtte til samarbeidspartnarar og plan- og utviklingsarbeid. Det er eit etablert samarbeid innan fleire fagområde i region Nordhordland. Helsehuset i Knarvik, som er eigd av alle kommunane i Nordhordland, har ekstra fokus på fag- og tenesteutvikling. Det er ynskjeleg å få etablert fagleg nettverk med nabokommunar og samarbeid elles i regionen.

Kontaktinformasjon: **Fagdirektør Ingebjørg Søreide, tlf. 57 78 20 04 / 970 28 375.**

Søknadsfrist **15.03.22.**

Sjå fulltekst for meir informasjon og søknadsskjema <https://gulen.easycruit.com/vacancy/2868765/176705?iso=nn>



C R

U X CRUX foreldre og barn - Solstrand

Ønsker du en jobb som gir mening?

I stiftelsen CRUX jobber vi for å gjøre verden til et litt bedre sted. CRUX er en ideell, diakonal og landsomfattende stiftelse som tilbyr tjenester innen helse- og sosialsektoren.

Vi er medvandrere og står opp for mennesker i sårbare og utfordrende livssituasjoner, slik at de kan oppleve trygghet og nå sine mål. Det finnes alltid muligheter.

Vil du være med på laget?

CRUX foreldre og barn – Solstrand er et senter for foreldre og barn som gir tilbud til familier med barn i alder 0–6 år. Senteret er del av stiftelsen CRUX. Våre oppdragsgivere er Bufetat og kommuner.

CRUX FORELDRE OG BARN – SOLSTRAND SØKER:

Psykolog/psykologspesialist (100 %)

Psykolog/psykologspesialist (20 %)

Er DU vår nye psykolog-kollega? En person med engasjement for barneverns-faglig arbeid med sped- og småbarnsfamilier. Du blir en del av et spennende og dynamisk arbeidsfellesskap, og vil jobbe i team rundt familiene.

Psykologen har ansvar for kartlegging og utredning av barns utvikling og foreldres omsorgsferdigheter. Videre ha en viktig funksjon i analyse og vurdering av utredningsarbeidet. Psykologen skal bidra med sin kompetanse i kvalitetssikring av tester og kartleggingsverktøy som benyttes i saken. Psykologen skal i tillegg utføre direkte klinisk utredningsarbeid.

Undervisning og veiledning av både personal og familier vil også være en del av oppgavene som tillegges stillingen. Psykologen vil få bidra til videreutvikling av det faglige arbeidet ved avdelingen, og vil være delaktig i et spennende omstillingsarbeid sett opp mot ny barnevernsreform.

Vi ser etter en medarbeider med personlig egnethet og med relevant erfaring og interesse for arbeid med sped- og småbarnsfamilier med sammensatt og komplekse utfordringer/vansker.

Søker må beherske norsk skriftlig og muntlig. Vi har gode forsikrings- og pensjonsordninger. Lønn etter avtale. Ny politiattest fremlegges før ansettelse. Tiltredelse: Snarlig

Søk stilling på: stiftelsen-crux.no/stillinger

Ta gjerne kontakt med institusjonsleder Nancy Hammer, tlf. 417 43 850.

Søknad med CV sendes på e-post til: n.hammer@stiftelsen-crux.no innen **31.03.22**, søknader behandles fortløpende.

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på www.psykologforeningen.no
Min medlemside
 eller send e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no



VEFSN KOMMUNE
- et steg foran

Postboks 560 - 8651 Mosjøen - Tlf. 75 10 10 00 - Faks 75 10 10 01
post@vefsn.kommune.no - www.vefsn.kommune.no

Kommunepsykolog

Vefsn, Hemnes og Grane kommune har ledig en stilling som psykolog/psykologspesialist. Stillingen inngår i et spennende interkommunalt samarbeid hvor arbeidsoppgavene er knyttet til kommunene Hemnes og Grane. Vefsn kommune er vertskommune, med ansettelse i helsetjenesten og felles kontorsted ved avdeling for psykisk helse.

Kontaktinformasjon: Avdelingsleder Psykisk helse
 Hanne Grostad Nyland, tlf. 948 70 301, e-post: hanne.grostad.nyland@vefsn.kommune.no eller
 kommunepsykolog Fredrik Wang Jørgensen, tlf. 404 05 547, e-post: fredrik.wang.jorgensen@vefsn.kommune.no

Søknadsfrist: 20.03.2022

Les mer om stillingen på www.vefsn.kommune.no

www.vefsn.kommune.no

PSYKOL OGI

MATERIELLFRISTER OG PRISER 2022

SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 900.

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 26 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 990, samme format i farger kr 4 313.

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 800, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 1 950 per uke eller 5 950 for inntil en måneds visning kan stillingen vises på forsiden www.psykologtidsskriftet.no med link til bedriftens stillingsannonse.

Bannerannonser publiseres både på www.psykologforeningen.no og toppbanner på www.psykologtidsskriftet.no og koster kr 15 900 per måneds visning.

ANNONSEFORMATER FOR BANNERANNONSER

Nettsidene		Visning på mobil
220x170 px	980x150 px	320x120 px

Se informasjon om annonsering også på www.psykologtidsskriftet.no/annonsorer

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
4	21.03	01.04
5	19.04	02.05
6	19.05	01.06
7	20.06	01.07
8	18.07	01.08
9	19.08	01.09
10	19.09	03.10
11	19.10	01.11
12	18.11	01.12

PRISER : STILLINGANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 300	16 700
1/2 side	14 300	12 700
1/4 side	12 300	10 300

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

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

ANNONSEFORMATER

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

ABONNEMENT OG LØSSALG

Institusjons- abonnement kr 2 650	Privatabonnement i Norge kr 1 495
---	---

Portotillegg for utsendelse innen Norden og Europa kr 360, til verden for øvrig kr 520. Løssalg kr 185 + porto/eksp.gebyr

**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

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

Jakob Støre-Valen

984 23 805
jakob@valen.cc

Studentrepresentanter**Morten Bremnes**

478 38 693
bremnesmorten@gmail.com

Julie Bjerkvik

938 93 002
juliebjerkvik@gmail.com

Varamedlem**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 Lindøe**

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**Anita Cecilie Skram**

anitaskram4@hotmail.com
911 28 184

FAGETISK RÅD**Maria Norheim, leder**

Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

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

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

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

tlf. 450 30 522

Ingvild Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

Bjørn Arne Øvrebø, Stat,

tlf. 982 49 732

Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

Ingrid Grov Mannsverk,

Oslo kommune, tlf. 482 98 128

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

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

SPECIALITETSRADET**Arnhild Lauveng,**

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

KVALITETSUTVALGET

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

FAGUTVALGENE

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

Barne- og ungdomspsykologi

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

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

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

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

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

GODKJENNINGS-UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR 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

Bjørn Z. Ekelund, leder,
e-post bze@human-factors.no,
tlf. 908 75 547

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

